جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

# الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس:
# دراسة في الجغرافيا الطبية

إعداد:
رنا أمين محمد صبرة

إشراف:
الأستاذ الدكتور عزيز دويك

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا من كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

1424 هـ - 2003 م

الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس:
دراسة في الجغرافيا الطبية

إعداد:
رنا أمين محمد صبرة

نوقشت هذه الدراسة بتاريخ 2003/12/24 وأجيزت.

| أعضاء اللجنة | | التوقيع |
|---|---|---|
| 1-الأستاذ الدكتور عزيز دويك | مشرفاً ورئيساً | |
| 2-الدكتور صقر الحروب | ممتحناً خارجياً | |
| 3-الدكتور أحمد رأفت غضية | عضواً | |
| 4-الدكتور علي عبد الحميد | عضواً | |

ا لإ هـد ا ء

**إلى أمي وأبي أغلى الناس على قلبي**

**إلى زوجي العزيز الذي تعب وسهر معي**
**لإنجاز هذا العمل**

**إلى إخوتي الأعزاء وأخواتي العزيزات جمميعاً**

**إلى كل شبل و زهرة في فلسطين الحبيبة**

**إلى كل طالب علم في كل مكان**

**إليهم جميعاً أهدي جهدي المتواضع هذا**

# الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيد الخلق والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد:

فإنني أتوجه بجزيل شكري، وصادق عرفاني، وعظيم امتناني إلى الأستاذ الدكتور عزيز دويك، الذي أشرف على هذه الدراسة وغمرني بتوجيهاته التي كان لها الأثر الواضح في تشجيعي على القيام بهذه الدراسة بشكلها النهائي، حيث استفدت من خبراته العلمية في كل جزء من أجزاء الدراسة، وأدعو الله عز وجل أن يوفقه في كل أمر من أموره، وأن يسدد خطاه لخدمة طلاب العلم والباحثين.

كما أشكر الدكتور (صقر الحروب) (الممتحن الخارجي) على موافقته للحضور من أجل إبداء رأيه في هذه الدراسة، ولإبداء ملاحظاته التي ستثري الدراسة وموضوعاتها، والتي سيكون لها الأثر في إخراج هذه الدراسة بشكلها النهائي. كما أتوجه بالشكر والتقدير كذلك إلى كل من الدكتور (أحمد رأفت) والدكتور (علي عبد الحميد) على موافقتهم للمشاركة في مناقشة هذه الدراسة وإبداء رأيهم فيها.

كما لا يفوتني أن أشكر كل الأساتذة الأفاضل في جامعة النجاح الوطنية على ما بذلوه من جهد في تيسير سبل العلم والبحث.

كما أقدم عظيم شكري وامتناني إلى زوجي العزيز الذي ساعدني في طباعة هذه الدراسة، والحصول على مراجعها.

ولا يفوتني أن أشكر الأستاذ عزات ريان لمساعدته في الجانب الإحصائي للدراسة، بالإضافة للحصول على بعض المعلومات الصحية. وأشكر كذلك الدكتور غازي عبد الله السرطاوي على تقديمه بعض المعلومات الطبية الهامة للدراسة.

## فهرس المحتويات

# فهرس الجداول

# فهرس الأشكال

## فهرس الخرائط

## فهرس الملاحق

# الملخص

قامت الباحثة بدراسة التحليل المكاني للأمراض في محافظة نابلس، حيث تعتبر بعض الأمراض مشكلة صحية حقيقية كبيرة للسكان على مستوى الوطن، ويتجاوز تأثير العديد من الأمراض الجوانب الصحية للأفراد إلى التأثير على إنتاجيتهم وقدرتهم على العمل والتكيف في المجتمع. وهدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على أهم العوامل المؤثرة في انتشار بعض الأمراض في محافظة نابلس مثل: الموقع والمناخ والتلوث والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والحضارية للسكان. وعرض معلومات خاصة بالأمراض التي تم رصدها من الدراسة، ومقارنتها بالإحصاءات الدولية والفلسطينية التي تصدرها وزارة الصحة ومركز الإحصاء الفلسطيني. كما هدفت الدراسة إلى توضيح مدى انتشار الأمراض المزمنة وغير المزمنة في المدينة والريف في

محافظة نابلس. وإيجاد العلاقة بين متغيرات الدراسة والإصابة بالأمراض المزمنة وغير المزمنة من خلال إيجاد قيمة مربع كاي ومستوى الدلالة الإحصائية لها. ولتحقيق أهداف الدراسة، قامت الباحثة بأخذ عينة عشوائية منتظمة من مساكن مجتمع الدراسة في مناطق الدراسة (المدينة، الريف) لتوزيع أداة الدراسة على أرباب الأسر فيها بشكل شخصي.

وقامت الباحثة ببحث الخدمات الصحية المتوفرة في محافظة نابلس سواء كانت حكومية أو خاصة أو تابعة لهيئات خيرية أو تابعة لوكالة الغوث الدولية (الأونروا). وتم بحث الخدمات الصحية التي تقدمها هذه الجهات سواء على مستوى المستشفيات أو المراكز الصحية الثانوية والأولية. وتم عرض نوعية الخدمات المقدمة في المستشفيات من حيث الأعداد وتوفر المعدات الطبية مثل أعداد الأسرّة، والأطباء والممرضين، وأعداد المرضى من حيث الإدخالات والاخراجات، ومعدل إشغال السرير، والأيام التمريضية، وإحصاءات ومعلومات عن الأمراض الرئيسية في العيادات الخارجية فيها. وتم بحث الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الأولية، من حيث أعدادها، وأعداد الزيارات لها في العام.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمراض غير المزمنة وبعض المتغيرات مثل: ملكية المسكن، عدد دورات المياه في المسكن، مكان الإقامة في المدينة والريف، ودخل الأسرة الشهري. ولم تظهر النتائج دلالة إحصائية على باقي متغيرات الدراسة في العلاقة مع الأمراض غير المزمنة.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً بين الأمراض المزمنة وبعض المتغيرات مثل: المستوى التعليمي للأم، وعمر الأب، وعمر الأم. ولم تظهر النتائج دلالة إحصائية على باقي متغيرات الدراسة في العلاقة مع الأمراض المزمنة.

وبينت النتائج كذلك ارتفاع نسبة التلوث في محافظة نابلس، وأدى ذلك لازدياد نسب الإصابة بالأمراض المزمنة وغير المزمنة. وأنه كلما زادت نسبة التعليم قلت نسب الإصابة بالأمراض لدى سكان محافظة نابلس، وكلما قلت نسبة التعليم ازدادت نسبة الإصابة بالأمراض. تقل نسبة الإصابة بالأمراض بين المتزوجين من غير الأقرباء. وتبين كذلك أن لوسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة دور كبير في الحصول على المعلومات الصحية، وبالتالي التقليل من نسب الإصابة ببعض الأمراض لما تقدمه من نصائح وإرشادات مفيدة للمواطنين. وارتفاع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة لدى كبار السن، خاصة في الفئة 46 سنة فأكثر، وخاصة أمراض السكري والروماتيزم، والقلب والأوعية الدموية. وخلو العديد من القرى من المراكز

الصحية الأولية الحكومية، حيث أظهرت الدراسة وجود 32 مركزاً صحياً أولياً تتـوزع علـى المحافظة بما فيه المدينة والريف، علماً بأن عدد القرى في المحافظة 68 قرية.

ومن أهم توصيات الباحثة، تخصيص مناطق خاصة للمنـاطق الصـناعية بعيـداً عـن التجمعات السكنية، ووضع رقابة وقوانين للتقليل من التلوث الناتج عن المصانع. ونشر الـوعي الصحي للمواطنين من خلال الإعلام المرئي والمقروء والمسموع، والمناهج المدرسـية التـي تحتوي على الثقافة الصحية الملائمة لطلاب المدارس في كافـة الأعمـار. وضـرورة زيـادة الاهتمام بالخدمات الصحية في مناطق الريف من خلال زيادة أعداد المراكز الصحية، وخاصـة في القرى التي لا تحتوي على مراكز صحية وإدخال تخصصات جديدة وضرورية للسكان فيها، حيث يظهر من الإحصاءات ذات العلاقة تركز معظم هذه الخدمات في المدينة، وخاصة علـى مستوى المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة. وزيادة أعداد سيارات الإسعاف لنقل الحالات الطارئة، خاصة في المناطق البعيدة عن المستشفيات. وتحسين مستوى الخدمات الصـحية فـي المراكز الصحية الأولية، بحيث يتناسب خدمة كل مركز مع عدد السكان المخـدومين. وزيـادة زيارات الأطباء لمراكز الصحة الأولية، بحيث تكون أكثر من مرتين أسبوعياً.

# الفصل الأول

# أهمية الدراسة ومبرراتها

## الفصل الأول

## أهمية الدراسة ومبرراتها

### 1.1 المقدمة:

تعتبر الجغرافيا الطبية أحد فروع الجغرافيا البشرية الحديثة والتي تهتم بصحة الإنسان لما للإنسان من علاقة وثيقة بالأرض، وكذلك تبحث بعلاقة العوامل الجغرافية الطبيعية والبشـرية بالحالة المرضية وتهتم بدراسة الأنماط المكانية للأمراض وانتشارها وتدرس أيضـاً التوزيـع المكاني للخدمات الصحية، وكذلك بالتحليل المكاني للصحة والمرض.

لمفهوم الجغرافيا الطبية عدد من المعاني التي تختلف باختلاف المستخدمين له. ويقسم هذا العلم إلى عدة فروع من بينها:

أ-جغرافيا الخدمات والتي تبحث في التوزيع المكاني للخدمات وإمكانية الوصول إليها، ومن خلال دراسة الخدمات الصحية المتاحة يمكن التعرف على مدى العدالة في توزيع الخدمات الصحية المتاحة للسكان.

ب-أنها تهتم بجغرافية الأمراض التي تدرس الأمراض المتوطنة من حيث العدد سواء كانت قليلة أم كثيرة.

## 2.1 أهمية الدراسة:

من المبررات التي دفعت الباحثة لاختيار هذا الموضوع هو أن بعض الأمراض تؤثر على قوى الأفراد المصابين بها في محافظة نابلس وعلى طاقاتهم الإنتاجية كما أن ما تعيشه المحافظة من إغلاق وحصار ترتب عليه نقص في الخدمات الصحية المقدمة لسكان المحافظة وعرقل الوصول إلى هذه الخدمات مما نتج عنه تفاوت في توزيع الخدمات لسكان المحافظة. وتأمل الباحثة من خلال دراستها بأن تتوصل إلى نتائج تفيد المسؤولين في وزارة الصحة وأن تساهم في تخفيف الأزمة الصحية التي تعانيها المنطقة والتي نتجت عن الوضع القائم الذي فصل أرجاء المحافظة عن بعضها البعض.

## 3.1 مشكلة الدراسة:

يسود مدينة نابلس مناخ البحر المتوسط فهو حار صيفاً ومعتدل إلى بارد وماطر شتاءً والجزء الذي ينحدر باتجاه غور الأردن يسوده المناخ الحار صيفاً والمعتدل شتاءً. وهذا الاختلاف في درجات الحرارة بين الصيف والشتاء يسبب مشكلات صحية كما وتنتشر بعض الأمراض المرتبطة بالمناخ مثل أمراض الجهاز التنفسي شتاءً وآلام العيون صيفاً. لذا، فقد ركزت الباحثة على أثر العوامل البيئية في انتشار الأمراض والأمراض الناتجة عن اختلاط الناس خاصة وأن نابلس منطقة التقاء بين أجناس مختلفة. ونظراً للظروف السياسية الراهنة التي تعيشها فلسطين ومنها محافظة نابلس من حصار واحتلال ظهرت هوة عميقة بين مستوى الخدمات الطبية المتوافرة في المدينة وتلك المتوافرة في القرى وذلك بسبب انقطاع الاتصال بين المراكز الصحية في المدينة وما يحيط بها من قرى، إضافة إلى وجود تفاوت في التوزيع المكاني للخدمات الصحية بين مراكز المحافظة حيث ينخفض مستوى الخدمات الطبية كلما ابتعدنا عن المدينة.

## 4.1 تساؤلات الدراسة:

تطرح الدراسة مجموعة من التساؤلات التي يمكن من خلالها التعرف على الأمراض المتوطنة وأثر الوضع الصحي في محافظة نابلس. وأهم هذه الأسئلة هي:

1-ما أثر بيئة محافظة نابلس في انتشار بعض الأمراض وتوطنها؟

2-ما أثر الظروف المناخية على صحة سكان محافظة نابلس؟

3-هل لخصائص السكان الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية أثر على الظروف الصحية؟

4-ما مقدار التفاوت في نسبة المصابين بالأمراض بين مناطق الحضر والريف والمخيمات؟

5-هل تم توزيع الخدمات الصحية في مراكز المحافظة بناءً على عدد السكان؟

6-ما مقدار التفاوت في مستوى الخدمات في المراكز الصحية في أجزاء المحافظة؟

7-ما مدى سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية في مدينة نابلس؟

## 5.1 أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

1-التعرف على التوزيع الجغرافي للإصابة بالأمراض في محافظة نابلس.

2-التعرف على أثر العوامل البيئية الطبيعية في انتشار بعض الأمراض وتوطنها.

3-التعرف على أثر خصائص السكان الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على الأوضاع الصحية في محافظة نابلس.

4-التعرف على مستوى الخدمات الصحية في المحافظة ومدى توفرها لسكان المحافظة.

5-دراسة مدى إمكانية وصول سكان المحافظة إلى الخدمات الصحية والحكومية في مدينة نابلس.

6-التعرف على أكثر الأمراض غير المزمنة المنتشرة في محافظة نابلس.

7-التعرف على أكثر الأمراض المزمنة المنتشرة في محافظة نابلس.

## 6.1 فرضيات الدراسة:

1-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض غير المزمنة تعزى لمتغير مكان الإقامة.

2-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض غير المزمنة تعزى لمتغير عدد دورات المياه في المسكن.

3-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض غير المزمنة تعزى لمتغير دخل الأسر الشهري بالدينار الأردني.

4-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض غير المزمنة تعزى لمتغير ملكية المسكن.

5-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض غير المزمنة تعزى لمتغير التخلص من النفايات.

6-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير عمر الأب.

7-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير عمر الأم.

8-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم.

9-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير تقييم مياه الشرب.

10-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير صلة القرابة بين الزوجين.

11-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير عمر الأم عند الزواج الأول.

12-لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha$=0.05) في الإصابة بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير إمكانية الوصول لأقرب مستشفى.

## 7.1 الدراسات السابقة:

إن الباحثين في هذا المجال في الوطن العربي قلائل جداً مقارنة مع الحقول الجغرافية الأخرى.

يعتبر بهيبوقراط (460–377 ق.م) أول من وضع أوليات الجغرافيا الطبية عندما تحدث عن أثر الظروف البيئية على الإنسان وعلاقة هذه الظروف بنشأة المرض وتطوره[1].

وتناول كل من شانون وديغر (1973) في كتابهما العناية الصحية الولادية مـن منظـور سكاني في فصل مستقل تحت عنوان: الأنماط المكانية لموارد الخدمات الصحية، عدداً من النقاط التي تتعلق بالموضوع ومن أهمها التباين بين الريف والحضر في توزيـع مـوارد الخـدمات الصحية[2].

وبحثت فاطمة البيوك عام (1982) في رسالة ماجستير عن جغرافية الأمراض البشـرية في المملكة العربية السعودية، وسارت على المناهج الجيوطبية السابقة نفسها، إذ بدأت بمناقشـة العوامل الطبيعية وأثرها على انتشار الأمراض، وقسمتها إلى عوامل غير عضـوية كالمنـاخ، والتضاريس، والتربة، والمياه، وعوامل عضوية كالنبات والحيوان والكائنات الحيـة الصـغيرة والمجهرية، ثم شرحت بعد ذلك العوامل البشرية التي لها علاقة بصحة الإنسان كالكثافة السكانية والمستوى المعيشي، والملبس، والمسكن، والأطعمة والتغذية، والماء، والتغذية الحديثة، والتلوث البيئي[3].

وقام محمد نور السبعاوي (1986) بدراسة عنوانها: الجغرافيا الطبية: دراسة تطبيقية على محافظة كفر الشيخ. وتناولت الدراسة توزيع الخدمات الصحية والأمراض، والعوامل المـؤثرة في انتشار الأمراض السارية والمتوطنة، وتأثير البيئة المحيطة على انتشارها، بالإضافة لرصد معلومات طبية عن توزيع المستشفيات والمراكز الصحية، والتخصصات، وأعـداد المرضـى، والأطباء والخدمات التمريضية، وغيرها من المعلومات الطبية[1].

كما قام علاء الدين محمود أمين برسالة ماجستير (1987) عنوانها: الجغرافيـا الصـحية لدولة الكويت. وتناولت خدمات المراكز الصحية وتوزيع الأمراض[2].

---

[1] العمران، غنيمة شهاب أحمد. (1994). التحليل المكاني للأمراض في دولة البحرين، دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، ص 4.

[2] Shannon, G. and Dever, E. (1974). Health Care Delivery: Spatial Perspectives. McGraw-Hill Book Company, New York, pp. 4-6.

[3] البيوك، فاطمة أحمد. (1982). جغرافية الأمراض البشرية في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الملك عبد العزيز.

[1] السبعاوي، محمد نور. (1986). الجغرافيا الطبية: دراسة تطبيقية على محافظة كفر الشيخ. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة المنيا.

[2] محمود، علاء الدين أمين. (1987). الجغرافيا الصحية لدولة الكويت. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

وبحث فتحي عبد الحميد محمود بلال (1989) رسالة دكتوراة بعنوان (مستشفيات القاهرة: دراسة في جغرافية الخدمات) في جامعة عين شمس. وتطرق الباحث إلى الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات القاهرة من حيث الأقسام الطبية وخدمات وتخصصات كل قسم، ومعلومات إحصائية عن أعداد المرضى وتوزيعهم على الأمراض المختلفة، بالإضافة لأعداد الأسرة و الأطباء والممرضين، والأيام التمريضية لكل مستشفى، والتسهيلات الطبية المقدمة، وغيرها من المعلومات الطبية المختلفة[3].

وطبّق عبد الحميد حسن يوسف، رسالة ماجستير (1990) بعنوان (محافظة الشرقية: دراسة في الجغرافيا الطبية) في جامعة الزقازيق. تناول فيها الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين في المحافظة، ودراسة توزيع المستشفيات والمراكز الصحية، وأهم الأمراض المتوطنة في المحافظة، وطرق معالجتها، وتأثير الظروف البيئية المحيطة في انتشار الأمراض، وتوصل أن لها تأثير مباشر على انتشار الأمراض مثل مستويات النظافة التي تؤثر في انتشار الأمراض المختلفة، وخاصة في المناطق الريفية من المحافظة[4].

ودرس الربدي عام 1990 في رسالة دكتوراة جغرافية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، مع التركيز على الخدمات الطبية، والاستفادة من منها بمنطقة إمارة القصيم، ومن النتائج التي توصل إليها الباحث ولها علاقة بالبحث، أن استخدام المرضى للخدمات الطبية له علاقة قوية مع العمر والنمط الاجتماعي والمستوى التعليمي لمراجعي المراكز الصحية. كما أظهرت الدراسة أن الأمراض المعوية والصدرية تأتي على رأس قائمة الأمراض التي يشكو منها مراجعو المراكز الصحية بالقصيم. كما وجد أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين نوع المرض الذي يشكو منه المريض وبين ستة متغيرات هي الموقع ونوعه والعمر والمستوى التعليمي والجنسية والحالة الزواجية للمبحوثين، ولكنه لم يجد أية علاقة إحصائية بين نوع المرض ودخل ووظيفة وحجم عائلة المبحوثين وحالة مسكنهم[1].

وقام عبد الله بن ناصر الوليعي عام 1991 بدراسة عن التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية ، والعوامل التي تؤثر في هذا التوزيع، وقد هدفت الدراسة لتحديد

[3] بلال، عبد الحميد محمود. (1989). مستشفيات القاهرة: دراسة في جغرافية الخدمات. رسالة دكتوراة غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

[4] يوسف، عبد الحميد حسن. (1990). محافظة الشرقية: دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

[1] Al-Ribdi, Mohammed, S. The Geography of Health Care in Saudi Arabia: Provision and use of Primary Health Care Facilities in Al-Qassim Region. Un Published ph.D Thesis, University of Southampton, U.K, 1990.

العوامل المؤثرة في التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال بيانات المسح الميداني، ومقارنة ذلك بالبيانات الرسمية الصادرة في وزارة الصحة. وقام الباحث بتحليل العلاقات بين بعض الأمراض ومسبباتها من خلال ربطها بعدد من الخصائص الديموغرافية والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، مع بيان أثر البيئة الطبيعية، خاصة عند دراسة الأمراض المتوطنة. كما قام الباحث بدراسة كل مرض على حدة وربط كل عامل من العوامل الاجتماعية والديموغرافية بنوع المرض، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن للعامل الجغرافي أثراً في الأمراض المتوطنة[2].

وقام الباحث صدقي المومني عام 1993 بدراسة بعنوان التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: كدراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة الأردنية. وتم من خلال هذه الدراسة التعرف على الاختلافات المكانية، وأنماط التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في محافظة الطفيلة. وتم استخدام البرمجة الخطية لتقييم الوضع الحالي، ولإيجاد الوضع الأمثل لتوزيع تلك الخدمات. كما تم أيضاً من خلال مجموعة من النماذج الرياضية التي تم استخدامها، وضع حلول ومقترحات لتحسين الأداء الكلي للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة، بهدف إيصال تلك الخدمات لجميع سكان المنطقة بسهولة ويسر. وقد أوضحت النتائج التي توصلت لها الدراسة، أن تحسناً ملموساً في كفاءة أداء المرافق الصحية يمكن أن يحدث، إذا روعيت معايير التخطيط الإقليمي عند اختيار مواقع الخدمات[3].

وقامت غنيمة شهاب العمران عام (1994) بدراسة بعنوان: التحليل المكاني للأمراض في دولة البحرين، كدراسة في الجغرافيا الطبية، وهدفت الدراسة إلى توضيح التوزع الجغرافي للإصابة بالأمراض في دولة البحرين، وإلى تحليل التباين المكاني لتوطن الأمراض. وتم أخذ عينة عشوائية منتظمة من أفراد المجتمع، تمثلت في أرباب الأسر من المجتمع البحريني في مناطق جغرافية مختلفة، اشتملت على مناطق حضرية وأخرى ريفية. وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود تباين في انتشار الأمراض من منطقة لأخرى نتيجة تباين نسبة الغازات المنتشرة في الهواء والملوثة له ما بين منطقة وأخرى. وانتشار أمراض الجهاز التنفسي في جميع مناطق البحرين، وارتفاع نسب الأمهات الأميات، مما أدى لزيادة نسب الإصابة

---

[2] الوليعي، عبد الله بن ناصر. (1991). التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الملك عبد العزيز.

[3] المومني، صدقي. (1994). التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: كدراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة الأردنية. مجلة جامعة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد التاسع، العدد السادس. ص ص 31-35.

بالأمراض المزمنة وغير المزمنة لديهن عن الأمهات المتعلمات، ولنوع المسكن دور في نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة، حيث تبين من نتائج الدراسة أن أصحاب الفلل أقل عرضة للإصابة بالأمراض غير المزمنة على عكس أصحاب المساكن الشعبية، فتزداد نسبة الإصابة بهذه الأمراض لديهم، وهناك علاقة بين صلة القرابة بين الزوجين والأمراض المزمنة، إذ أن المتزوجين من أقربائهم عم أكثر عرضة للأمراض، خاصة الأمراض التي لها علاقة بالدم، بينما تقل نسبة الإصابة بين المتزوجين من غير الأقرباء. وتختلف نسبة الخصوبة اختلافاً ملحوظاً في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية، كما تبين أن لوسائل الإعلام دور في الحصول على المعلومات الصحية والتقليل من نسب الإصابة ببعض الأمراض، لما تقدمه من نصائح وإرشادات للسكان. وأوصت الباحثة بضرورة تخصيص مناطق خاصة لتشييد المصانع بعيداً عن التجمعات السكنية، ووضع رقابة وقوانين على المصانع الموجودة حالياً ومستقبلاً، ورفع مستوى الصحة الاجتماعية بالعمل على منع تناسل ذوي الأمراض والعيوب الوراثية الضارة عن طريق الفحص الإجباري قبل الزواج[1].

وطبّق محمد السيد الجزايرلي عام (1995) دراسة بعنوان: الجغرافيا الطبية لمحافظة الإسكندرية. وتناولت الدراسة الخدمات الصحية الحكومية والخاصة المقدمة للمواطنين ومواصفاتها في المحافظة، بالإضافة لمعلومات إحصائية عن الخدمات وأعداد المرضى، وأهم الأمراض المنتشرة في المحافظة، وأعداد الأطباء، والتخصصات، وتوزيع المرضى حسب الأمراض الموجودة، والنتائج التي توصلت لها الدراسة من حيث تأثير بعض العوامل البيئية على انتشار الأمراض، وطبيعة الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين[1].

وقام كل من محمد طعامنة وبرجس الحراحشة بدراسة عام (1995) هدفت التعرف على أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق. من خلال استطلاع آراء المستفيدين وانطباعاتهم عن بعض جوانب الخدمة التي يمكن إصدار حكم بشأنها. ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم استبانة تم توزيعها على 30 مركز صحي، وعلى عدد من المراجعين بعدد (222) تم اختيارهم بطريقة عشوائية. وأظهرت نتائج الدراسة الآتي:

---

[1] العمران، غنيمة شهاب أحمد. (1994). التحليل المكاني للأمراض في دولة البحرين، دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

[1] الجزايرلي، محمد السيد. (1995). الجغرافيا الطبية لمحافظة الإسكندرية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

-تبين أن لدى أفراد العينة انطباعات سلبية تجاه البيئة الخارجية والداخلية للمراكز الصحية، خاصة في النواحي التالية: مدى توفر وسائل الراحة في قاعات الانتظار، والنظافة العامة، ومدى توفر الأدوية، ومدة المشورة بين الطبيب والمريض، وتوفر الطعوم. كما تبين أن لديهم انطباعات سلبية نحو المشاركة في برامج الرعاية الصحية وخدماتها التي تقدم خارج المراكز الصحية. في حين تبين وجود اتجاهات إيجابية نحو مجال تنظيم وإجراءات العمل، وتعامل الأطباء والممرضين مع المراجعين.

-تبين بشكل عام أن أفراد العينة لديهم انطباعات إيجابية تجاه مجمل الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية في محافظة المفرق.

-تبين أن هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسط رضا أفراد العينة عن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ونوع التأمين الصحي، في حين لم تظهر أية فروق في هذا المجال تبعاً لمتغيري الجنس والحالة الاجتماعية[2].

وبحثت ألان مور، دراسة بعنوان: تطور جغرافية مرض الأزمة في بريطانيا عام (1998)، وتناولت الباحثة مرض الأزمة الذي يصيب حوالي 3 ملايين شخص في بريطانيا واهتمت بتحليل التوزيع المكاني لمرض الأزمة[3].

كما قام كل من شيرل ألمان وجورج ماير بدراسة عام (1999) بعنوان: المتغيرات المرضية الجغرافية في أواخر القرن التاسع عشر في أمريكا. وقد بيّن الباحثان أن نسبة الوفيات عام (1880) كانت مرتفعة في الريف أكثر من الحضر وأن نسبة الأمراض المزمنة مرتفعة عند كبار السن[1].

وقامت الباحثة إنصاف أسعد خاطر عام (2000) بدراسة بعنوان: الأوضاع الصحية في نابلس إبان الانتداب البريطاني، وهدفت الدراسة لتقصي المعلومات الصحية التي كانت سائدة في تلك الفترة الزمنية بالتدريج من بداية حتى نهاية الانتداب البريطاني لفلسطين في الفترة الزمنية (1922-1948). وتم دراسة المستشفيات والمراكز الصحية التي تم إنشاؤها، وأعداد الأطباء القانونيين، والقابلات القانونيات، والأمراض السارية وطرق معالجتها مثل الطاعون وغيره،

---

[2] طعامنة، محمد، والحراحشة، برجس. (1995). أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق. مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد العاشر، العدد السادس، ص ص 243-267.

[3] More, Alan. (1998). The Invisible Asthmatic: Developing Geographies of Asthma in England. Unpublished Ph.D. University of Southampton, U.K.

[1] Cheryl Elman and George, C. Mayers. Geographic Morbidity deferential in the late Ninetieth- Century United States. Demography, Vol. 36, November 1999, pp 429-443.

وأثر البيئة في انتشار الأمراض، وأعداد المراجعين للمستشفيات وأماكن سكناهم. والناحية العمرانية للمدينة، والصحة العامة، وتطور الطب فيها[2].

### 8.1 متغيرات الدراسة:

وتشتمل الدراسة على مجموعة من المتغيرات أهمها:

أ-الخصائص الديموغرافية:

وتشمل: العمر، الجنس، والأسرة.

ب-الخصائص الاجتماعية والاقتصادية:

وتشمل: المستوى التعليمي، السكن، المهنة، مستوى التغذية.

ج-المتغيرات الجغرافية مثل: المناخ، الحرارة، الرياح، الرطوبة من حيث أثرها على المستوى الصحي للإنسان.

د-الخصائص الثقافية مثل: المعلومات الصحية التي يتم الحصول عليها من وسائل الإعلام أو الأطباء.

### 9.1 منهجية الدراسة:

استخدم الباحثون السابقون مناهج عديدة في دراسة الجغرافيا الطبية فمنهم من درس العلاقة بين البيئة الطبيعية والأمراض ومنهم من قام بتوزيع أنواع الأمراض الموجودة على خرائط تفصيلية ومنهم من اهتم بالخدمات الصحية ومدى توافرها في المناطق المختلفة.

ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة عدة أساليب منها المنهج الوصفي التحليلي لتحديد ووصف الحقائق المتعلقة بالدراسة وتفسيرها[1] لدراسة الخدمات الصحية. ودراسة الموقع الجغرافي لمنطقة الدراسة ودراسة الأحوال المناخية السائدة في منطقة الدراسة. كما استخدمت

---

[2] خاطر، إنصاف أسعد حسين. (2000). الأوضاع الصحية في نابلس إبان الانتداب البريطاني 1922-1948. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التاريخ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

[1] عودة، أحمد، وملكاوي، فتحي. (1992). أساسيات البحث العلمي. مكتبة الكتاني، إربد، الأردن، ص 112.

الباحثة المنهج الاستنتاجي من خلال استنتاج العلاقات بين بعض متغيرات الدراسة وتفسيرها. والمنهج الإحصائي في تحليل البيانات، حيث تم إجراء اختبار قبلي تكون من 10 استبانات قبل بدء عملية التوزيع لقياس مدى صلاحية الاستبانات للتوزيع على العينة، من خلال البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS). وبلغ معامل الثبات حسب معادلة كرونباخ ألفا (0.85). وهذه النسبة مناسبة لإجراء هذا النوع من البحوث. وتم معالجة بعض الأخطاء الواردة في الاستبانات سواء من ناحية التعديل اللغوي أو المعلومات الداخلية. وتم معالجة البيانات التي جرى جمعها ميدانياً عن طريق الحاسوب، من خلال برنامج (SPSS)، وتم استخدام بعض المعالجات الإحصائية مثل: قيمة مربع كاي لإيجاد العلاقة بين متغيرات الدراسة، والتوزيعات التكرارية ومعامل الارتباط، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وذلك للحصول على المعلومات اللازمة.

## 10.1 مصادر الدراسة:

هناك مصادر ووسائل عديدة لجمع البيانات والحصول عليها، وقد استعانت الباحثة بالوسائل الآتية في جمع معلومات الدراسة:

### 1-المسح المكتبي ويشمل:

أ-المنشورات الصادرة عن الجهات المختصة: مثل منشورات دائرة الإحصاء المركزي الفلسطينية، وزارة الصحة، البلدية ومراكز البحوث والدراسات الفلسطينية، الحكم المحلي، والأرصاد الجوية.

ب-المراجع المكتبية ذات الصلة بموضوع الدراسة مثل مكتبة جامعة النجاح الوطنية، مكتبة بلدية نابلس، وشبكة المعلومات العالمية (الإنترنت).

### 2-المسح الميداني:

وهي وسيلة مهمة للتعرف على طبيعة الأمراض وعلى نوع الخدمات التي تقدم في منطقة الدراسة، ولجمع المعلومات فقد قامت الباحثة بالمسح الميداني من أجل تحليل وتفسير وعرض واقع المعلومات لدى أفراد عينة الدراسة حول الموضوع[1] من خلال مسح أسري على الناس

[1] عودة، أحمد، وملكاوي، فتحي. (1992). أساسيات البحث العلمي. مرجع سابق، ص 114.

في بيوتهم، وتم اعتماد عدد المساكن في المحافظة في (المدينة والريف) لأخذ عينة الدراسة، وتم استثناء المخيمات بسبب الظروف السياسية الصعبة التي كانت تعيشها المخيمات في فترة توزيع الاستبانات. وبلغ عدد المساكن في المدينة والريف حسب إحصاءات دائرة الإحصاء الفلسطينية لعام 1997 (37632) مسكناً، وكانت العينة تمثل 1% من المساكن فأصبح عدد الاستبانات (380) استبانة، وتم التوزيع على مناطق المحافظة كما يلي:

1-مدينة نابلس: تم توزيع (180) استبانة، وذلك حسب عدد المساكن فيها التي بلغت (17.731) مسكناً.

2-الريف: تم توزيع (200) استبانة، وبلغ عدد المساكن فيها (19.901) مسكناً، (مع الأخذ بعين الاعتبار بأن حوارة من الريف). وبلغ عدد القرى في الريف (68) قرية.

وتم استخدام العينة الطبقية العشوائية في توزيع الاستبانات على مدينة نابلس، حيث تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام وهي: وسط المدينة، ومنطقة الجبل الشمالي، ومنطقة الجبل الجنوبي.

ونظراً لكثرة عدد القرى في مجتمع الدراسة، فقد تم اختيار (14) قرية عن طريق العينة العشوائية. والقرى (برقة، بيت إيبا، عصيرة الشمالية، سالم، روجيب، بيت فوريك، بيتا، حوارة، عوريف، جماعين، عقربة، تل، قصرة، قبلان). وتم توزيعها على أفراد العينة باستخدام أسلوب العينة العشوائية المنتظمة واستخدام المقابلات الشخصية مع أصحاب العلاقة وأخذ المعلومات اللازمة للدراسة. وبدأت عملية توزيع الاستبانات في شهر أيار من عام 2002، ثم توقفت في نفس الشهر بسبب الإجتياحات والإغلاقات للمحافظة، ثم استؤنف التوزيع في شهر كانون أول عام 2002 إلى 5 آذار من عام 2003.

**3-الخرائط:**

للخرائط أهمية كبيرة في الدراسات الجغرافية، فالخرائط تعتبر أداة مرنة وقوية في تحليل الظاهرة الجغرافية، وقد استخدمت الباحثة في دراستها الخرائط الخاصة بمنطقة الدراسة سواء كانت هيكلية أو خرائط طبوغرافية، وتم توزيع المناطق الصناعية والمستشفيات على خرائط خاصة.

**4-المقابلات الشخصية:**

قامت الباحثة بإجراء بعض المقابلات الشخصية مع ذوي الاختصاص في مجالات مختلفة للحصول على معلومات هامة للدراسة، مثل:

1-بعض موظفي بلدية نابلس (مهندس البلدية، مهندس المياه، مدير دائرة التخطيط في البلديـــة، مدير قسم الخرائط).

2-رئيس قسم الإحصاء في وزارة الصحة/ نابلس.

3-مدير الحكم المحلي في نابلس.

4-مدير دائرة الأرصاد الجوية في نابلس.

5-مدير دائرة السير في نابلس.

6-رئيس غرفة التجارة والصناعة في نابلس.

7-مدير دائرة الإحصاء في نابلس.

8-د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني.

# الفصل الثاني

# الخصائص الطبيعية والبشرية لمحافظة نابلس

الفصل الثاني

الخصائص الطبيعية والبشرية لمحافظة نابلس

**1.2 المقدمة:**

إن محور ومجال الدراسة هي محافظة نابلس وتقع المحافظة شمال الضفة الغربية[1]، وهي تمثل المركز الرئيس لشمال الضفة الغربية. وتناول هذا الفصل دراسة الخصائص الطبيعية والبشرية لمحافظة نابلس مثل الموقع الجغرافي والمناخ والرطوبة والرياح والمياه والكثافة السكانية والنشاط الاقتصادي والتركيب العمري والنوعي للسكان والنقل والمواصلات.

### 1.1.2 الموقع الجغرافي:

يحد محافظة نابلس من الشمال والشمال الغربي محافظتي جنين وطولكرم، ومن الجنوب محافظة رام الله. وشرقاً وادي الأردن (الغور)[2]. وتبلغ مساحة محافظة نابلس الإجمالية حسب إحصاء 1997 (848 كم$^2$)[3]. وبلغ عدد سكان محافظة نابلس عام 1997 (251392) نسمة[4].

وتتكون محافظة نابلس من مدينة نابلس و(68) قرية. وأهم مركز في المحافظة هو مدينة نابلس، وتقع المدينة فلكياً على خطي عرض (13-32 ˚) شمالاً وخطي طول (16-35˚) شرقاً[5]. وتقع مدينة نابلس على بعد 45 كم إلى الشرق من الشاطئ الفلسطيني وعلى بعد 45 كم إلى الغرب لنهر الأردن[6]، وتبعد عن القدس 65 كم وعن عمان 124 كم[7]. وتقع على جبلي عيبال وجرزيم في وسط المرتفعات الجبلية، وامتداد العمران فيها من الشرق والغرب. وهي حلقة وصل للمدن الفلسطينية. وحدود نابلس الحالية تمتد غرباً إلى قريتي زواتا وبيت ايبا، وشرقاً حتى قريتي بلاطة وكفر قليل. وبلغ عدد سكان مدينة نابلس عام 1997 (100231) نسمة. وتبين الخريطة رقم (1) الموقع الجغرافي لمحافظة نابلس بالنسبة للضفة الغربية، بالإضافة إلى توزيع المدينة والريف بها.

وتحتل مدينة نابلس موقعاً متوسطاً بين المدن الفلسطينية، مما جعلها تتوسط الطرق والتجارة، وهذا جعلها في موضع وسط بالنسبة للطرق والتجارة، وساعدت هذه الخصائص على إعطاء نابلس أهميتها.

---

(1) جودة، شاكر سليمان (2000). التخطيط الزراعي في إقليم نابلس كأساس للتخطيط الإقليمي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، ص 33.

[2] جودة، شاكر سليمان (2000). المرجع السابق، ص 33.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. الإحصاءات الجغرافية في الأراضي الفلسطينية 1998، ص 59.

[4] التعداد العام للسكان والمساكن 1997، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ص ص 7-9.

[5]The Time Atlas of the World, Comprehensive Edition. P. 136

[6] الخطيب، أديب، المنطقة المركزية لمدينة نابلس، دراسة جغرافية، مجلة النجاح للأبحاث، المجلد الثاني، العلوم الإنسانية، عدد 8، 1994.

[7] حمودة، عبد الرحمن وآخرون. (1990). موسوعة المدن الفلسطينية، دائرة الثقافة، منظمة التحرير الفلسطينية، عمان، ص 706

### 2.1.2 الطبوغرافيا:

تتميز محافظة نابلس بالطابع الجبلي، وتعتبر جبال محافظة نابلس امتداد للسلسلة الممتـدة نحو الجنوب إلى القدس، ومن سهل مرج بن عامر في الشمال إلى وسط الضـفة الفلسـطينية. ويتخلل المحافظة العديد من المظاهر التضاريسية كالجبال والسهول والوديـان والأحـواض[1]. وتمتد جبال نابلس باتجاه شمالي شرقي وجنوبي غربي وجنوبي، وتتميز جبـال نـابلس بتعقـد ظروف بنيتها، ويظهر فيها الصدوع، وقد لعبت الصدوع وعمليات الطمي أدوار متفاوتة في بناء المرتفعات[2].

وأهم جبال محافظة نابلس جبلي جرزيم ويبلغ ارتفاعه (881 م) وعيبال (940 م). وعلى سفحي هذين الجبلين تقع مدينة نابلس. وتطل فتحة وادي نابلس الشرقية على الغور ويشتمل على عدد من الأودية وأهمها وادي الفارعة وتجري مياهه معظم أيام السنة. أما الفتحة الغربية للوادي اسمها وادي التفاح وتتجمع فيه سيلان المياه من جبلي عيبال وجرزيم. وهناك وادي آخر تسيل مياهه شتاءً قادمة من قرى برقة وبيت أمرين وسبسطية[3]، بالإضافة للأودية الجافة التي تقع بين جبال المحافظة، ومن أهم السهول في المحافظة سهل (حوارة أو بورين) ويمتـد بـين الشـمال الشرقي والجنوب الغربي لجبل جرزيم حوالي (12-15 كم) [4]، وكذلك سهل سالم جنوبي قرية سالم، وسهل عسكر قرب مخيم عسكر.

---

[1] الدباغ، مصطفى مراد، (1991). مرجع سابق، ص ص (21-28)

[2] موسوعة المدن الفلسطينية. (1991). مرجع سابق، ص 706.

[3] تاريخ مدينة نابلس. (1991). مرجع سابق، ص4.

[4] جرار، مازن. (2000). النقل البري في محافظة نابلس. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، ص 56.

خريطة (1) التجمعات السكانية

**3.2.1 المناخ:**

تخضع محافظة نابلس لمناخ حوض البحر المتوسط. ويتصف مناخها بانتظامه تحت المؤثرات العامة المؤثرة على مناخ البحر المتوسط، والمتمثلة بخضوعه لحركة الجو العامة

وتحرك مراكز الضغط شمالاً وجنوباً تبعاً لحركة الشمس الظاهرية. والاعتدال هو السمة الغالبة على الحرارة في المحافظة، وعلى الرغم من أن النهايات الدنيا تهبط في الشتاء إلى (4 م)، فإن أدناها ليس في الجبال بل في بطون الأودية الداخلية، ونتيجة الانقلاب الحراري في الليالي الساكنة، ويمكن القول أن لهذه الظاهرة بالذات أثر بالغ في زيادة التلوث البيئي في منطقة الدراسة، فالتطبق الجوي في المناطق المنخفضة والانقلاب الحراري قد ساهما في تركيز ملوثات الهواء بين الجبلين وفي المناطق الشرقية المنخفضة المتمثلة بأودية شرق روجيب، سالم، بيت فوريك، وغيرها [1]. ويمتاز شتاؤها بالاقتراب من الاعتدال وصيفها بالجفاف. أما الخريف والربيع فيعتبران فصلان انتقاليان بين الصيف والشتاء[2]. أما الجزء الذي ينحدر من المحافظة باتجاه غور الأردن، والمناخ السائد فيه حار صيفاً ومعتدل شتاءً[3].

### 4.1.2 درجة الحرارة:

الحرارة من عناصر المناخ المهمة المؤثرة في صحة الإنسان وتتميز الحرارة في فلسطين بارتفاعها النسبي، حيث يبدأ تأثيرها بشكل واضح خلال أشهر الصيف التي تمتد من حزيران حتى أيلول، ويظهر في هذه الحالة تأثير الحرارة ويتلاشى تأثير الأمطار، وفيما يخص محافظة نابلس التي تعتبر جزءً من المرتفعات الفلسطينية فإن المتوسط السنوي لدرجة الحرارة حوالي (17°م). وهي تختلف من منطقة لأخرى حسب الموقع الفلكي والجغرافي والتأثيرات البحرية والصحراوية، ومحافظة نابلس جزء من فلسطين، ويرتبط تأثير درجة الحرارة بالإشعاع الشمسي وبكميته. فقد بلغت أطول فترة سطوع للشمس في المحافظة في فصل الصيف (15.9) ساعات في شهر آب وأدناها (4.5) ساعة في كانون أول من عام 1998. ونلاحظ أن هناك تباين في درجات الحرارة ما بين الصيف والشتاء والليل والنهار. ويبين الشكل (1) درجة الحرارة الشهرية لأكثر من 30 سنة في محافظة نابلس.

---

[1] حنيني، رائد. النفايات الصلبة في مدينة نابلس. (1999). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، ص 24.

[2] موسوعة المدن الفلسطينية. (1991). مرجع سابق، ص 711.

[3] أبو صفط، محمد. (1995). التخطيط الزراعي في إقليم نابلس كأساس للتخطيط الإقليمي. مرجع سابق، ص 23.

خريطة (2) خريطة كنتورية لمنطقة نابلس

كما يسجل بشهري كانون الأول وشباط درجات حرارة متدنية نتيجة الانقلاب الحراري في الليالي الساكنة الهواء، وشهر آب أعلاها حرارة، ويتراوح المدى الحراري في محافظة نـــابلس من (20-22°).

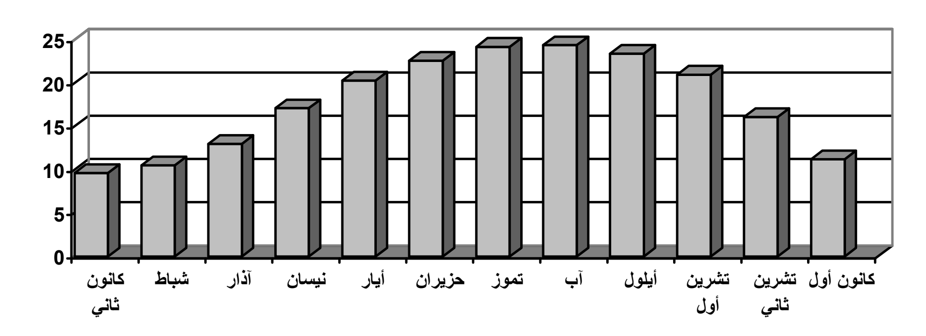
وتظهر تأثيرات محلية ناجمة عن موقع المدينة وتضاريسها، إلا أنها لا تؤدي إلى شــذوذ عن النمط العام للمناخ المتوسط شبه القاري وذي الفروق الحرارية الكبيرة بين الصيف والشتاء والليل والنهار[1].

ولهذا التباين في درجة الحرارة أثره على صحة الإنسان مما يزيد من بعــض الأمــراض خاصة أمراض الجهاز التنفسي. وتكون النهايات العظمى للإشعاع الشمسي بمحافظة نابلس فــي شهر حزيران، ونهايتها الصغرى في شهر كانون ثاني.

ويبين الشكل (1) المعدلات المناخية الشهرية لدرجة الحرارة من الفتــرة الممتــدة بــين (1975-1997) في محافظة نابلس.

الشكل (1)

المعدلات الشهرية لدرجة الحرارة من الفترة الممتدة بين (1975-1997) في محافظة نابلس



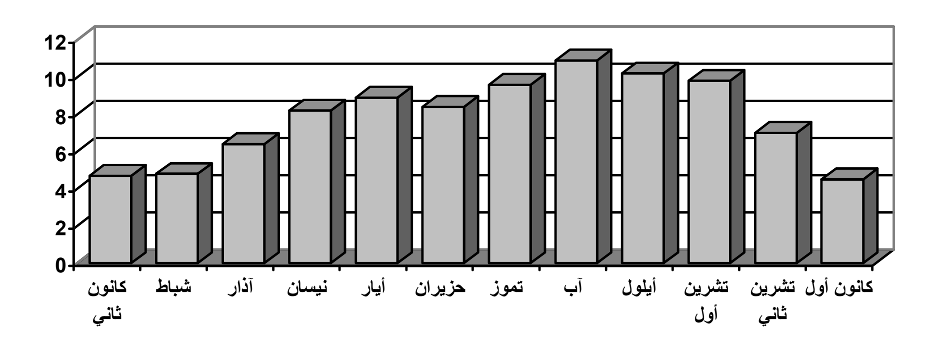

المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

ويبين الشكل (2) المعدلات المناخية الشهرية لعدد ساعات سطوع الشــمس مــن الفتــرة الممتدة بين (1975-1997) في محافظة نابلس.

الشكل (2)

المعدلات الشهرية لعدد ساعات سطوع الشمس من الفترة الممتدة بين (1975-1997) في محافظة نابلس

[1] موسوعة المدن الفلسطينية. (1991). مرجع سابق، ص 711.




المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

### 5.1.2 الرطوبة النسبية:

تشير كلمة الرطوبة (Humidity) إلى كمية بخار الماء الموجود في الهواء، ويتم قياس الرطوبة بواسطة الثرمومتر المبلل والثرمومتر الجاف[1].

وتصل الرطوبة النسبية في حدها الأقصى خلال فصل الشتاء خاصة في شهر كانون الأول من عام 1998، حيث بلغت (76%)، وتنخفض إلى أدنى مستوى في فصل الربيع عندما تسود رياح الخماسين الجافة في فصل الصيف، حيث وصل أدناها في شهر أيار من عام 1998 وبلغت (53%)، وفي شهر تموز (52%)[2] كما يتبين من الجدول (1). حيث أن انخفاض معدل الرطوبة في الهواء يؤدي إلى جفاف اليابسة ويزداد التبخر ويؤثر في طبوغرافية السطح والمنحدرات، ويؤثر على معدل التبخر فيقل في الجنوب.

وفي فترة رياح الخماسين يكون هناك صعوبة في تحمل المناخ حيث تزداد الحرارة وينخفض معدل الرطوبة، مما يؤدي إلى انتشار بعض أمراض الجهاز التنفسي. وقد بلغت الرطوبة العظمى المطلقة لسنة 1998 (92%) في شهر شباط والرطوبة النسبية الدنيا المطلقة (15%) في أيلول، و(16%) في نيسان من نفس العام[3].

ويبين الشكل (3) معدلات الرطوبة النسبية للفترة الزمنية من (1975-1997) في محافظة نابلس.

الشكل (3)

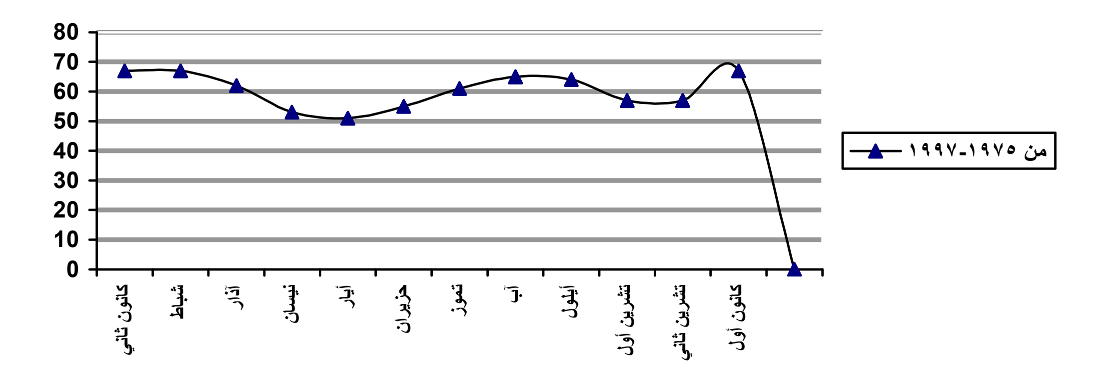
معدلات الرطوبة النسبية للفترة الزمنية من (1975-1997) في محافظة نابلس

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. إحصاءات المناخ، رام الله - فلسطين، ص 57.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. إحصاءات المناخ، رام الله - فلسطين، ص 57.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. إحصاءات المناخ، رام الله - فلسطين، ص 58.

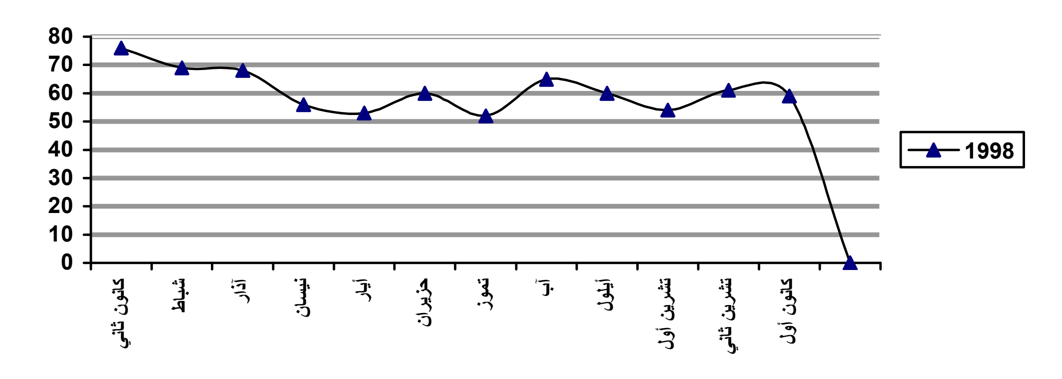



المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

كما يبين الشكل (4) معدلات الرطوبة النسبية للعام 1998 في محافظة نابلس.

الشكل (4)

معدلات الرطوبة النسبية للعام 1998 في محافظة نابلس




المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية: التقرير السنوي 1998. رام الله – فلسطين، ص 59.

### 6.1.2 الرياح:

تغير الرياح في فلسطين اتجاهها، وتأتي من البحر من الجهة الجنوبية الغربية باتجاه الشمال الشرقي، مما يؤدي إلى تسخين الهواء الساخن الخفيف فيتحرك فوق الهواء البارد الثقيل الذي يبرد في طريقه إلى أسفل ويحدث العكس عندما تتأثر المنطقة بالرياح التي تهب من الشمال والشمال الغربي التي تصبح متعدية بسبب وزنها مما يؤدي إلى رفع الهواء الساخن إلى أعلى. وتكون الرياح في فلسطين ساكنة بشكل عام في فصل الصيف عدا الرياح الناتجة عن نسيم

البحر والسهل والجبل، وتهب الرياح بشكل شبه دائم في فصل الصيف وتهب العواصف الرعدية الشديدة في المرتفعات الجبلية، حيث تصل سرعة الرياح فيها إلى (120 كم/ ساعة)[1].

وتتأثر الرياح بالعوامل الطبوغرافية، فنمط مورفولوجية محافظة نـــابلس حـــددت اتجـــاه الرياح الشرقية والغربية، وخاصة في مدينة نابلس. فالرياح الغربية تسود في معظمها في فصل الشتاء، بينما تسود الرياح الشمالية الغربية في الصيف بنسبة (80%)[2].

ومن الرياح التي تؤثر على فلسطين ومحافظة نابلس رياح الخماسين التي تهب في فصل الربيع. ولحركة الرياح واتجاهها أثر في نقل التلوث، وهذا يضر أيضاً بصحة النـــاس. ومـــن الرياح المحلية التي تهب على المحافظة كذلك نسيم البر ونسيم البحر والتي تؤثر بـــدورها فـــي تلطيف الجو وتزيد من نسبة الرطوبة الجوية.

ويتميز الشتاء في محافظة نابلس برياح جنوبية شرقية تتحول أحياناً إلى شمالية شـــرقية، خاصة في ساعات الظهر والمساء وفي الصيف تنعدم الرياح الجنوبية الشرقية وتسيطر الريـــاح الشمالية الغربية التي تصل في ساعات الظهر إلى أوجها وتبلغ سرعتها (28 كم/ ســـاعة) فـــي المعدل، وتصل سرعة الرياح القصوى إلى (56 كم/ ساعة)، وتهب من الجهة الشمالية الغربيـــة طيلة أشهر السنة ما عدا شهر شباط، حيث تهب فيه رياح جنوبية شرقية تصل ســـرعتها إلـــى (60 كم/ ساعة). وبالنسبة إلى منحدر جبل عيبال فيتميز بالرياح الشرقية الشديدة وخاصة فـــي الشتاء[3].

ويبين الشكل (5) معدلات سرعة الرياح كم/ساعة للفترة الزمنية من (1975–1997) في محافظة نابلس.

الشكل (5)

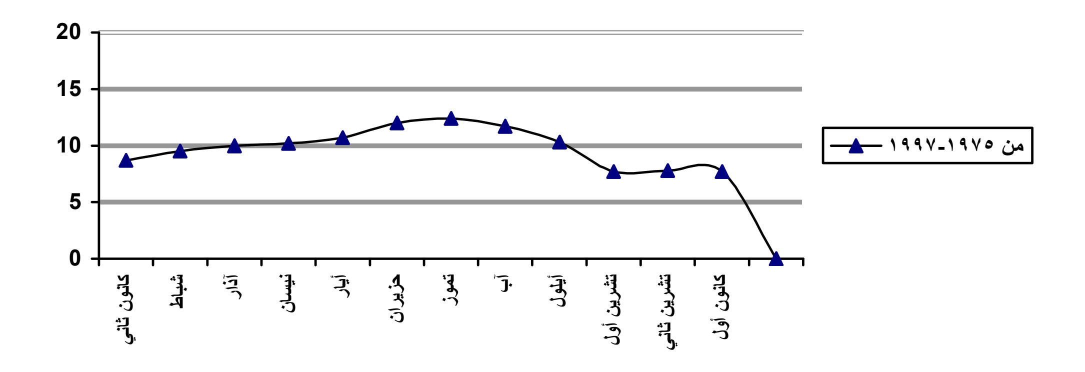
معدلات سرعة الرياح كم/ساعة للفترة الزمنية من (1975–1997) في محافظة نابلس

---

(1) الخطيب، أديب. (1995). جغرافية فلسطين. ص ص (61–69).

(2) أبو صفط، محمد. (1995). جيومورفولوجية مدينة نابلس. ص 12.

(3) الرياح في نابلس، نشرة صادرة عن دائرة الأرصاد الجوية في محافظة نابلس، 2002م.

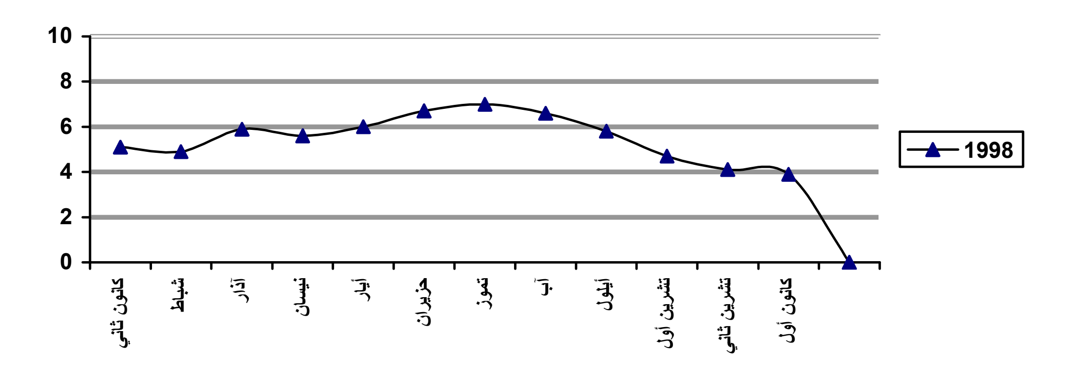



المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

كما يبين الشكل (6) معدلات سرعة الرياح كم/ساعة للعام 1998 في محافظة نابلس

الشكل (6)

معدلات سرعة الرياح كم/ساعة للعام 1998 في محافظة نابلس




المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية: التقرير السنوي 1998. رام الله – فلسطين، ص 61.

### 7.1.2 مصادر المياه في محافظة نابلس:

تشمل مصادر المياه في المحافظة المصادر التالية:

**1) مياه الأمطار:**

يكون موسم سقوط الأمطار في فلسطين في فصل الشتاء. وتبدأ الأمطار تسقط على المحافظة من شهر تشرين أول وتزداد قوتها في شهري كانون ثاني وشباط، ثم تأخذ بالانحسار حتى شهر نيسان وأيار، وتنعدم من شهر حزيران حتى شهر أيلول. وتمتاز الأمطار بالتذبذب من

منطقة لأخرى ومن شهر لآخر ومن سنة لأخرى ففي عام 1932-1933م بلغت كمية الأمطار الساقطة339 ملم ووصلت إلى 1046 عام 1942 – 1943 [1]، وفي عامي 1992- 1993 بلغت كمية الأمطار الساقطة على محافظة نابلس 798.9 ملم كما يظهر الجدول كما تتفاوت كمية الأمطار من جهة لأخرى داخل محافظة نابلس حسب طبيعة الجبهات الهوائية وموقع المنطقة. ويزداد سقوط الأمطار كلما اتجهنا شمالاً وتقل كلما اتجهنا جنوباً، وخاصة على السفوح الجبلية.

ونلاحظ من خلال الجدول (1) معدل سقوط الأمطار السنوية موزعة حسب الأشهر في محافظة نابلس. ويعتبر شهر شباط أكثر الشهور مطراً، ونلاحظ أن كمية الأمطار كانت مرتفعة في العامين (1991 / 1992) حيث تساقطت الثلوج فيهما. وتسقط الأمطار على شكل زخات غزيرة غير منتظمة ومتذبذبة، ويمكن أن تكون على شكل عواصف تستمر لعدة أيام وتنتهي ثم تبدأ عواصف أخرى متجددة. ويتراوح عدد أيام الهطول خلال موسم الأمطار من (50-60) يوماً[2].

ويبلغ معدل سقوط الأمطار على محافظة نابلس في السنة الواحدة (640 ملم) بشكل عام، وذلك حسب القراءات المرصودة من قبل دائرة الأرصاد الجوية في جميع مواقع الرصد المنتشرة في محافظة نابلس لأكثر من سنة واحدة[3].

والجدول (1) يبين معدل سقوط الأمطار في محافظة نابلس في الفترة الزمنية بين (1992-2002).

الجدول (1)

معدل سقوط الأمطار في محافظة نابلس في الفترة الزمنية بين (1992-2002م)

| السنة | الكمية |
|---|---|

[1] الدباغ، مصطفى مراد. (1991). موسوعة المدن الفلسطينية. مرجع سابق، ص 712.

[2] الدباغ، مصطفى مراد. (1991). موسوعة المدن الفلسطينية. مرجع سابق، ص 712.

[3] مقابلة شخصية مع مدير دائرة الأرصاد الجوية في محافظة نابلس، حزيران 2002م.

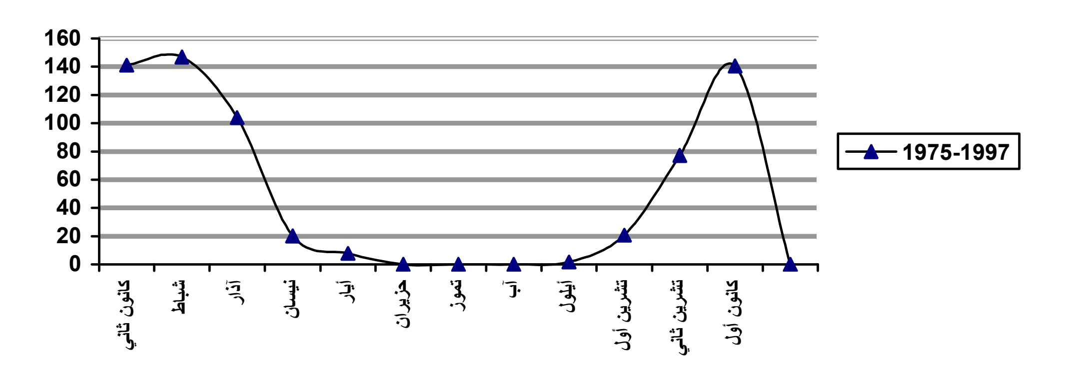
| 798.9 | 1993/1992 |
|---|---|
| 509.2 | 1994/1993 |
| 702.2 | 1995/1994 |
| 706.9 | 1996/1995 |
| 767.7 | 1997/1996 |
| 758.6 | 1998/1997 |
| 341.1 | 1999/1998 |
| 696.6 | 2000/1999 |
| 431.4 | 2001/2000 |
| 742.4 | 2002/2001 |

المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

ويبلغ معدل استهلاك المياه اليومي في مدينة نابلس (24.000 م$^3$)[1]. وتبين الخريطة (3) خطوط المطر المتساوية في محافظة نابلس. ويبين الشكل (7) معدل مجموع الهطول المطري.

الشكل (7)

معدل مجموع الهطول المطري/ملم للفترة الزمنية من (1975–1997) في محافظة نابلس




المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

[1] مقابلة شخصية، سامر حماش، مهندس المياه، بلدية نابلس، دائرة المياه، تموز، 2002م.

خريطة (3) خطوط المطر المتساوية

كما أن هناك العديد من المحطات المناخية والمطرية في أنحاء مختلفة من محافظة نابلس يتم من خلالها رصد كميات الأمطار خلال موسم الهطول. ويمكن توضيحها من خلال الجدول (2).

الجدول (2)

البيانات المتعلقة بشبكة المحطات المناخية والمطرية في محافظة نابلس

| المحطة | الشرق | الشمال | الارتفاع عن سطح البحر (م) |
|---|---|---|---|
| نابلس | 175.0 | 180.0 | 533 |
| برقة | 168.5 | 189.8 | 600 |
| طلوزة | 178.0 | 186.3 | 500 |
| بيت دجن | 85.3 | 177.8 | 520 |
| بورين | 183.7 | 177.0 | 675 |
| عورتا | 174.0 | 177.0 | 508 |
| قريوت | 170.8 | 164.0 | 790 |
| عقربا | 182.7 | 170.5 | 630 |
| حجة | 162.5 | 178.0 | 350 |

المصدر: وزارة النقل والمواصلات، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2002م.

**2) مياه الينابيع:**

تعتبر محافظة نابلس من أغنى المدن الفلسطينية بالمياه المأخوذة من الينابيع، حيث يبلغ عددها (22) ينبوعاً[1]. وبلغت كمية المياه التي تعطيها ينابيع محافظة نابلس (8 ملايين م$^3$) من المياه سنوياً[2]. ويشرب سكان المحافظة من معظم هذه الينابيع. ويمكن تقسيمها إلى قسمين رئيسيين هما:

1- الينابيع المرتفعة مثل: رأس العين، العسل، القريون، اللوز وتستخدم للشرب.

(1) الآغا، نبيل خالد. (1993). مدائن فلسطين دراسات ومشاهدات. ط1، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ص 296.

(2) الخطيب، أديب. (1991). جغرافية فلسطين. ص 105.

2- الينابيع المنخفضة مثل: عين بيت الماء، حسين، الفؤاد، الشريش، الصبيان، دفنة، القصب، وتستخدم لري البساتين في الغالب[3]. وكانت هذه الينابيع تدير الطواحين المائية في السابق.

وتنساب مياه الينابيع التي تخرج من جبل جرزيم إلى داخل المدينة، بسبب ميل الطبقات باتجاه وسط المدينة، بينما الينابيع التي تنحدر من الشمال من جبل عيبال، فإنها تنحدر إلى الغرب والشرق بسبب ميل الطبقات[1].

**3) الآبار الارتوازية (الجوفية):**

وتعتبر المصدر الرئيس للمياه في محافظة نابلس، بالإضافة إلى الينابيع، وتمتلك بلدية نابلس الآبار التالية: الباذان، الفارعة، دير شرف وأودلة، كما تشتري البلدية المياه أيضاً من بئري (حوارة وبيت ايبا) من شركة مكروت الإسرائيلية. وفيما يلي استعراض لهذه الآبار:

1- بئر الباذان:

تبلغ إنتاجية البئر (200 م$^3$/ ساعة)، ويقع على بعد 8 كيلومتر إلى الشرق من مدينة نابلس، ويقع على ارتفاع (210م) فوق مستوى سطح البحر[2].

2- بئر الفارعة:

تبلغ إنتاجية البئر (210 م$^3$/ ساعة)، ويقع على بعد 10 كيلومتر إلى الشرق من مدينة نابلس، وعلى ارتفاع (100م) عن سطح البحر[3]، وتم حفره من قبل بلدية نابلس.

3- بئر دير شرف:

كان هناك بئران يضخان المياه في دير شرف بطاقة إنتاجية تصل إلى (100 م$^3$/ ساعة) حتى أوائل الثمانينيات من القرن الماضي، ثم توقف الضخ لأسباب فنية. وتم حفر بئر جديد عام 1994 بطاقة إنتاجية تصل إلى (150 م$^3$/ ساعة)، ويقع هذا البئر على بعد 9 كيلومتر إلى الغرب من مدينة نابلس، وعلى ارتفاع (325م) فوق مستوى سطح البحر.

---

(3) النمر، إحسان. (1938). تاريخ جبل نابلس والبلقاء، ج1، حوادث عهد الإقطاع، مطبعة ابن زيدون، ص 42.

(1) أبو الهدى، كفاية خليل. (2001). النفايات الصلبة في مدينة نابلس، دراسة في جغرافية البيئة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، ص 25.

(2) البيطار، شكور. مقترحات محطة التنقية لمدينة نابلس. دراسة غير منشورة، بدون سنة نشر، ص 16.

(3) البيطار، شكور. المرجع السابق، ص 11.

4- بئر أودلة: تبلغ الطاقة الإنتاجية للبئر (300 م$^3$/ ساعة)، وتم حفره من قبل بلدية نابلس عام 1998[4] من أجل سد النقص في حاجات السكان للمياه بسبب اتساع المدينـــة وانتشــــارها العمراني والسكاني.

وتشتري بلدية نابلس المياه من شركة مكروت الإسرائيلية لسد النقص والحاجة للمياه فـــي المدينة وخاصة في شهور الصيف الجافة بكمية (150 م$^3$/ ساعة) من بئر حوارة (الذي تستغله شركة مكروت الإسرائيلية) وبكمية (60 م$^3$/ ساعة) من بئر بيت ايبا. كما تزداد كمية المشتريات من المياه في السنوات التي تقل فيها الأمطار الساقطة على منطقة نابلس وتقل المشتريات فـــي حالة نزول كميات وفيرة من الأمطار وتشكل الكمية المشتراة من شركة مكروت في عام 1994 (5.6%) من إجمالي المصادر الرئيسية التي تزود المدينة بالمياه، ويبين الجـــدول (3) كميـــات المياه الواردة لمدينة نابلس عامي 1994 و1995 حسب مصادرها المختلفة[1].

وتشكل الاستخدامات المنزلية ما مجموعه (85%) من مجموع المياه الواردة للمدينة، في حين أن النسبة الباقية تستخدم في الاستخدامات التجارية والأماكن العامة والمؤسسات الصناعية. وتسعى بلدية نابلس إلى تطوير محطات التنقية لزيادة كميات المياه المتاحة للاستخدامات المنزلية بسبب استخدامات المياه المنقاة في الصناعة والزراعة[2].

ويبين جدول (3) المعدلات المناخية الشهرية بعناصره المختلفة لمحافظة نابلس.

---

[4] بلدية نابلس، قسم المياه والمجاري، 2002م.

[1] أبو الهدى، كفاية خليل. (2001). النفايات الصلبة في مدينة نابلس. دراسة في جغرافية البيئة، ص 33.

[2] أبو الهدى، كفاية خليل. (2001). المرجع السابق، ص 34.

جدول (3) المعدلات المناخية الشهرية بعناصره المختلفة لمحافظة نابلس.

### 2.2 الخصائص البشرية:

تعتبر مدينة نابلس من المدن العريقة التي لها حضارة وتاريخ حافلين، فكانت نابلس منذ القدم مركزاً مهماً للتجمع السكاني، ونابلس مدينة عربية بناها الكنعانيون العرب، وبنيت في الألف الثالث قبل الميلاد[1].

والاسم القديم لنابلس هو (شكيم) وأصله روماني، وتعني الأرض المرتفعة، أما الاسم الحالي فقد تعددت الآراء حوله، فيقال أنه نسبة إلى ناب حية قتلت في شكيم. وسكن نابلس العديد من الأقوام العربية الذين تعاقبوا على أرضهم وذلك لمميزات عديدة تميزت بها مدينة نابلس، فهي موقع متوسط بالنسبة لمدن فلسطين، وهي مدينة تجارية، وتتميز نابلس بالمياه وكثرة الينابيع، وأعطاها ذلك ميزة أخرى. وقد قال عنها جورج إيرز، وهيرمان كوت أنه يوجد في

---

[1] خضير، جبر . (1999). نابلس بين الماضي والحاضر. ندوة بعنوان نابلس في كتب الجغرافيين والرحالة العرب، 1999، ص 197.

نابلس حوالي 80 نبع وكانت تصل منها المياه إلى البيوت والمساجد، وزرع السكان حول المدينة أشجار الليمون والبرتقال والمشمش والتوت[(2)].

ومن المميزات التي أعطت نابلس أهمية أنها مكان مقدس، وتحدث ياقوت الحموي أن بظاهر مدينة نابلس جبل ذكر أن آدم سجد فيه، وأن اليهود يعتقدون أن الذبح كان لإسحاق على هذا الجبل، وهو جبل جرزيم.

وخرجت محافظة نابلس على مدى العصور المتعاقبة العديد من العلماء والفقهاء[(3)].

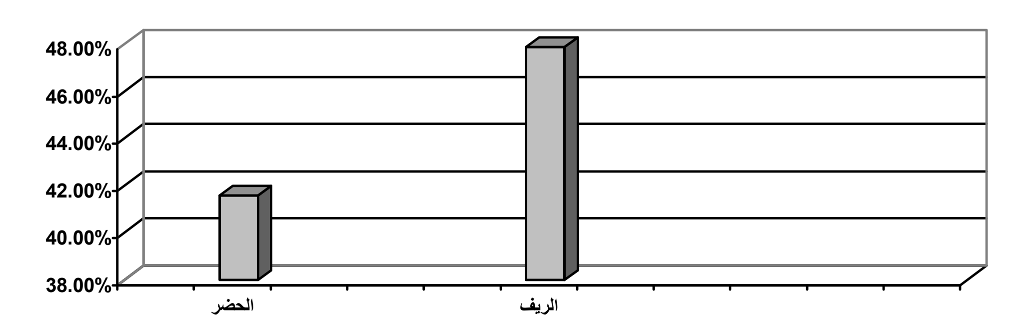
### 1.2.2 توزيع السكان حسب المناطق:

إن دراسة توزيع السكان من الأمور المهمة في معرفة العادات والتقاليد الاجتماعية للدول، وتقسم محافظة نابلس إلى منطقتين سكنيتين هما: سكان الحضر (المدينة)، والريف. وأظهرت نتائج المسح السكاني النهائية لعام 1997، كما هو موضح في الشكل (8) أن (41.6%) من سكان المحافظة يقيمون في المناطق الحضرية وهي نابلس وحوارة، و(47.9%) في التجمعات الريفية التابعة لمحافظة نابلس وعددها 68 قرية[(4)].

الشكل (8)

توزيع السكان حسب مناطق محافظة

نابلس




المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن

---

(2) كلبونة، عبد الله. (1992). تاريخ مدينة نابلس من قبل الميلاد حتى 1918. نابلس، ط1، ص 129.

(3) الحنبلي، مجير الدين. الأنس الجليل لتاريخ القدس والخليل. الجزء الثاني، مكتبة المحتسب، عمان: الأردن، ص 77.

(4) التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت. 1997. تقرير السكان، أيار 1999، محافظة نابلس، الجزء الأول، ص 41.

والمنشآت- 1997: النتائج النهائية. تقرير السكان- محافظة نابلس (الجزء الأول). رام الله - فلسطين، ص 41.

وبالمقارنة مع الضفة الغربية لعام 1995، بلغت نسبة سكان المدن (الحضر) (34.1%) من السكان، وحوالي (57%) في القرى. ونسبة (52.1%) من السكان يعيشون في نابلس وحوارة، وهذا يعني أن هناك تركز كبير للسكان في نابلس، وهذا يشكل ضغط على المنطقة. ونسبة الحضر في نابلس أعلى من النسبة العامة لمحافظات الضفة، وأقل من بعض المدن العربية. وقد بلغت نسبة الحضر في مصر نسبة (44%) من إجمالي السكان[1].

### 2.2.2 الكثافة السكانية:

بلغت الكثافة السكانية لمحافظة نابلس عام 1997 (291.6) نسمة لكل كم$^2$، أما في الضفة الغربية فقد بلغت (315.3) لكل كم$^2$ ، وتعد الكثافة السكانية في فلسطين من أعلى الكثافات السكانية في العالم العربي. أما بالنسبة لمدينة نابلس فالكثافة السكانية فيها تختلف باختلاف مساحة المدينة، والمساحة ترتبط بالعامل السياسي المرتبط بالإحتلال. ونلاحظ من خلال الجدول أن الكثافة العامة لمدينة نابلس كانت عام 1963 (3.5) نسمة للدونم، ثم ارتفعت عام 1985 إلى (6.4) نسمة للدونم. ويبين الجدول (4) تطور مدينة نابلس وعدد سكانها خلال الفترة ما بين عام 1963-1998.

الجدول (4)

تطور مدينة نابلس وعدد سكانها خلال الفترة ما بين عام 1963-1998

| السنة | مساحة حدود النفوذ / دونم | عدد السكان / نسمة | الكثافة السكانية (نسمة/دونم) عدد السكان/المساحة |
|---|---|---|---|
| نابلس 1963 | 18040 | 62000 | 3.5 |
| نابلس قبل توسيع الحدود عام 1985 | 18040 | 115000 | 6.4 |
| نابلس 1987 | 26500 | 118000 | 4.4 |
| نابلس 1998 | 28800 | 130000 | 4.5 |

[1] دويك، عزيز، وآخرون. التربية السكانية في فلسطين. وزارة التربية والتعليم، رام الله، ص 2.

المصدر: حنيني، رائد. 1999. النفايات الصلبة في مدينة نابلس، دراسة في جغرافية البيئة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح، نابلس، فلسطين، ص 29.

وتبين الخريطة رقم (4) المراحل الزمنية لتوسعة حدود بلدية نابلس.

### 3.2.2 حجم الأسرة:

الأسرة: هي أفراد أو مجموعة أفراد تربطهم أو لا تربطهم صلة قرابة، ويقيمون في مسكن واحد، ويشتركون في المأكل والمشرب، وبلغ متوسط حجم الأسرة في محافظة نابلس (5.9) فرد[1]. وهو أعلى من متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية الذي يبلغ (5.7). وأقل من قطاع غزة والذي يبلغ (6.9)[2]. وهذه النسبة مرتفعة في قطاع غزة، بسبب ارتفاع معدل الخصوبة.

### 4.2.2 التركيب العمري والنوعي للسكان:

#### 1-التركيب العمري للسكان:

هو توزيع السكان من خلال فئات الأعمار المختلفة، ومن هذا التوزيع نستطيع معرفة الأنشطة الاقتصادية التي يمارسها الشعوب وذلك بمعرفة حجم الطبقة النشطة اقتصادياً. ويتصف المجتمع الفلسطيني بأنه مجتمع فتي، حيث ترتفع فيه نسبة صغار السن، ومحافظة نابلس جزء من المجتمع الفلسطيني، فقد بلغت نسبة الذين أعمارهم أقل من 15 سنة في المحافظة عام 1993

خريطة (4) المراحل الزمنية لتوسعة بلدية نابلس

---

(1) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. التعداد العام للسكان والمساكن. مرجع سابق، ص 41.

(2) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي- 2000، ملخص تنفيذي. رام الله، فلسطين، ص 13.

44.4%[1]، وعام 1996 42.7%. ونلاحظ أن هذه النسبة انخفضت بسبب انخفاض بسيط في الخصوبة. وهي أقل من النسبة العامة للضفة الغربية والتي بلغت 45%[2]. أما في البحرين فهي منخفضة فقد بلغت عام 1991 31.7%[3]. أما في عمان فالنسبة أعلى فقد بلغت 47.7%[4]. كما نلاحظ من خلال الجدول (5) أن نسبة فئة صغار السن في المدينة أقل من الريف، وذلك بسبب ارتفاع معدل الخصوبة في الريف، والرغبة في الإنجاب أكثر من المدينة.

---

(1) أحمد، حسين، والشامي، مفيد. (1995). مسح الأوضاع الديمغرافية وتقديرات القوى العاملة. القدس، ص 100.

(2) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. أيار 1996. المسح الديموغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الألوية، رقم 3، لواء نابلس، رام الله، فلسطين، ص 46.

(3) العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 46.

(4) أبو صالح، ماهر، (1998). مرجع سابق، ص 16.

أما الفئة العمرية من (15–64) فقد بلغت في المحافظة (53.6%) وهي نسبة مرتفعة، وهي تمثل الفئة النشطة اقتصادياً، وتنخفض عن بعض نسب الدول العربية مثل البحرين التي ترتفع النسبة فيها بسبب كثرة العمالة الوافدة إليها، فقد بلغت عام 1991، 66.1%[5].

أما الفئة الأخيرة وهي فئة كبار فقد بلغت في المحافظة 3.7%، وهي نسبة متدنية وذلك لأن المجتمع يعتبر مجتمعاً فتياً[6].

## 2–التركيب النوعي للسكان:

يعد التركيب النوعي من الأمور المهمة التي يجب دراستها في الدراسات السكانية وبواسطته يمكن معرفة حجم القوى المنتجة من كلا الجنسين، وقد بلغت نسبة النوع في محافظة نابلس عام 1997 (103.3) ذكور لكل مئة أنثى، وهي نسبة قريبة من نسبة الضفة، فقد بلغت (103.2)، أما في قلقيلية فبلغت (105.7)[7]. ويبدأ الفرق في نسبة النوع بين الجنسين بالتناقص كلما تقدم العمر.

ويتضح من الجدول (5) توزيع الفئات العمرية على المدينة والريف في محافظة نابلس. كما نلاحظ أن نسبة الذكور في الفئة العمرية (أقل من 14 سنة) أكثر من الإناث، أما في باقي الفئات تقريباً فالإناث أكثر من الذكور، لأن الإناث أكثر قدرة على مقاومة الأمراض، بالإضافة إلى أن الذكور يسافرون إلى الخارج أكثر من النساء.

الجدول (5)

توزيع الفئات العمرية على المدينة والريف في محافظة نابلس

| الفئات العمرية | حضر | | ريف | |
|---|---|---|---|---|
| | ذكور | إناث | ذكور | إناث |
| أقل من 14 سنة | %39.82 | %38.65 | %45.42 | %44.87 |
| من 15–64 سنة | %56.66 | %57.08 | %50.61 | %49.93 |
| أكثر من 65 سنة | %3.52 | %4.27 | %3.97 | %5.2 |
| المجموع | %100 | %100 | %100 | %100 |

---

(5) العمران، غنيمة، (1998). مرجع سابق، ص 46.

(6) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. أيار 1996. المسح الديموغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الألوية، رقم 3، لواء نابلس، رام الله، فلسطين، ص 46.

(7) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تقرير السكان. (1998). مرجع سابق، ص 41.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 1997، التعداد العام للسكان والمساكن، محافظة نابلس، ص 91-95.

## 3.2 النشاط الاقتصادي في محافظة نابلس:

### 1.3.2 الصناعة في محافظة نابلس:

تشتهر محافظة نابلس منذ القدم ببعض الصناعات التي أعطتها شهرة مميزة مثل صناعة الصابون، ومع تطور الزمن زادت وتطورت هذه الصناعات. وتقسم الصناعة في نابلس إلى مصانع وورش ومنشآت صناعية، وهي عبارة عن مؤسسة أو جزء من المؤسسة تقع في موقع معين يمارس فيه نشاط إنتاجي واحد[1].

أما المصنع: فهو وحدة إنتاجية تتميز بقطاع تحويلي ديناميكي يملك وينتج وسائل وسلع الاستهلاك. وقد اعتبرت كل وحدة إنتاجية تشغل أكثر من ثلاث عمال مصنعاً. أما الورشة فهي وحدة إنتاجية تقدم خدمات إنتاجية وصناعية معينة، وتستوعب عدداً من العمال[2].

وتتوزع الصناعات في مناطق مختلفة من محافظة نابلس كما هو واضح في الخريطة رقم (5)، وقسم منها داخل حدود المدينة بين المناطق السكنية، وقسم منها خارج حدود المدينة، وقسم يتوزع في القرى، وهذا التوزيع غير المنتظم يكون له تأثيرات ضارة على البيئة وعلى السكان وصحتهم. وتتركز الصناعات في مدينة نابلس في القسم الشرقي، كما هو واضح في الخريطة رقم (6).

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، النتائج النهائية لتقرير المنشآت – 1997. سلسلة التقارير الإحصائية. 1998، ص 20.

[2] أبو الهدى، كفاية. (2001). مرجع سابق، ص 81.

خريطة (5) توزيع الصناعات في محافظة نابلس

خريطة (6) توزيع الصناعات في المنطقة الشرقية من نابلس

حيث تشكل نسبة (54%)[1]، وهذه المنطقة فيها تركز سكاني كبير، مما ينعكس بصورة سلبية على صحتهم، ويساعد في انتشار الأمراض، وخاصة الأمراض الصدرية.

أما القسم الغربي تنتشر فيه (31%) من صناعات مدينة نابلس، و(9%) في وسط المدينة، و(6%) يتبعثر في مناطق مختلفة، كما هو واضح في الخريطة رقم (7).

تبلغ مساحة المنطقة الصناعية في مدينة نابلس (800) دونم[2]، وهذه المنطقة بحاجة إلى التوسع وإضافة أراض جديدة إليها، وتختلف مساحة المناطق الصناعية بين محافظة وأخرى ودولة وأخرى، فقد بلغت مساحة المنطقة الصناعية لعام 1993 لدولة البحرين مثلاً (35 كم$^2$)[3].

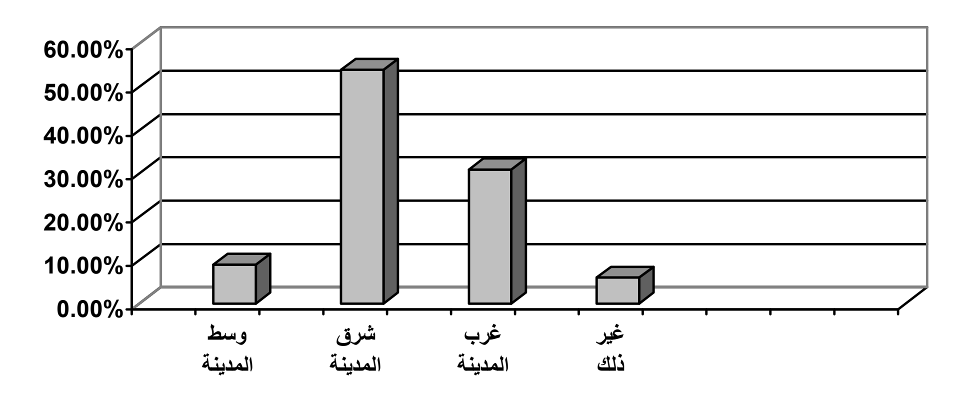
---

[1] أبو الهدى، كفاية. (2001). مرجع سابق، ص 83.

ويبين الشكل (9) النسب المئوية وتوزيع الصناعات حسب موقعها في محافظة نابلس لعام 2002م.

الشكل (9)

النسب المئوية وتوزيع الصناعات حسب موقعها في مدينة نابلس لعام 1999م




المصدر: أبو الهدى، كفاية. 2001. مرجع سابق، ص 86.

وقد بلغ عدد المصانع في محافظة نابلس في عام 1994 (500) مصنع، ثم ارتفع إلى (1500) مصنع وورشة عام 1997[4].

---

[2] بلدية نابلس، التنظيم الهيكلي لمدينة نابلس، ص 81.

[3] العمران، غنيمة. (1994). التحليل المكاني للأمراض في دولة البحرين، دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن. ص51.

[4] أبو الهدى، كفاية. (2001). مرجع سابق، ص 82.

خريطة (7) توزيع الصناعات في القسم الغربي من نابلس

وفيما يلي عرض لأهم الصناعات القائمة في محافظة نابلس:

**1-صناعة دباغة الجلود:**

وهي عبارة عن تحويل جلود الحيوانات إلى جلود مصبوغة صالحة لاستعمالات عديدة، وبما أن هذه الصناعة تعتمد على جلود الحيوانات فستقام هذه الصناعات بالقرب من المسالخ، ويدخل في صناعة دباغة الجلود العديد من المواد الكيماوية التي لها ضرر كبير على البيئة والإنسان، ويوجد في مدينة نابلس ثلاثة مصانع للدباغة. وتستخدم في هذه الصناعات المواد

الكيماوية مثل: فورمات الكالسيوم، وثاني أكسيد التيتانيوم، وكبريتات الصوديوم، ورماد الصودا، وبعض الأحماض مثل: حامض الكبريتيك، بالإضافة إلى ضرر نفايات هذه الصناعة مثل الدهون والزيوت وبواقي اللحم وشعر الحيوانات، بالإضافة إلى المياه العادمة الناتجة عن هذه الصناعة والتي تبلغ (900-1100م$^3$) شهرياً[1]. والتي يمكن أن تتسرب إلى باطن الأرض وتضر بالمياه الجوفية والتي إذا تلوثت بها مياه الشرب يمكن أن تسبب العديد من الأمراض مثل أمراض الجهاز العصبي، وخاصة إذا احتوت هذه المواد على الكروم الذي له تأثير سام[2].

**2-معاصر الزيتون:**

وتشتهر محافظة نابلس بالزيتون، وهذا يتطلب وجود معاصر الزيتون، وتنتشر معاصر الزيتون في مختلف قرى المحافظة، ويوجد في محافظة نابلس 50 معصرة زيتون[3]. وهذه الصناعة لها أهمية في اقتصاد المحافظة، حيث يعتمد عليها الكثير من الصناعات مثل: صناعة الصابون، ولا تعتبر هذه الصناعة من الصناعات الخطرة، وتعمل معاصر الزيتون في فترات معينة من السنة، في موسم قطف الزيتون فقط، ويعد الزيبار من أهم مخلفات معاصر الزيتون.

**3-صناعة الصابون والمنظفات الكيماوية:**

تشتهر مدينة نابلس منذ القدم بصناعة الصابون، ويوجد بها العديد من المصابن، إلا أن هذه المصابن آخذة بالتناقص، فانخفضت من 50 إلى 6 مصابن[4]. وذلك لأن المنظفات الكيماوية أخذت تحل شيئاً فشيئاً محل الصابون، والمنظفات الكيماوية هي: مواد كيماوية تعمل على تفتيت الدهون.

**4-المناشر والمحاجر:**

بسبب طبيعة صخور المحافظة الكلسية والطبيعة الجبلية للمحافظة، ينتشر فيها العديد من مناشر الحجر التي تتوزع في جميع أرجاء المحافظة، وقد بلغ عدد المحاجر عام 1997 (92)

---

(1) أبو الهدى، كفاية. (2001). مرجع سابق، ص 98.

(2) اشتية، محمد سليم. (1991). حماية البيئة الفلسطينية. ص 91-92.

(3) جودة، سليمان شاكر. (2000). التخطيط الزراعي في إقليم نابلس كأساس للتخطيط الإقليمي. رسالة ماجستير غير منشورة، ص37.

(4) أبو الهدى، كفاية. (2001). مرجع سابق، ص 108.

محجراً، وانخفض عددها حتى شهر حزيران عام 2002 إلى 75 منشار ومحجر[1]. وذلك بسبب الأوضاع السياسية والاقتصادية، وسياسة الإغلاق الذي بدوره أثر على التسويق.

**5-صناعة الدهانات:**

يوجد في نابلس مصنع للدهانات[2]، وهذا المصنع يقع في المنطقة الصناعية شرق نابلس، وينتج العديد من المخلفات الخطرة السامة مثل: النحاس، والكاديميوم، ومواد عضوية، وغيرها من المواد الخطرة[3].

ويبين الجدول (6) صناعات أخرى في مدينة نابلس، تتمثل فيما يلي:

الجدول (6)

بعض الصناعات الموجودة في محافظة نابلس

| الرقم | اسم الصناعة |
|---|---|
| 1 | الورق والكرتون. |
| 2 | الصناعات الغذائية. |
| 3 | معامل غسيل الملابس وصباغتها. |

[1] سجلات غرفة تجارة وصناعة نابلس، حزيران، 2002.

[2] سجلات غرفة تجارة وصناعة نابلس، حزيران، 2002.

[3] العطيات، أحمد الفرج. (1994). البيئة، الداء والدواء. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان: الأردن، ص 144.

| 4 | صناعة الزيوت النباتية والسمن النباتي. |
|---|---|
| 5 | صناعة المشروبات الخفيفة والعصير. |
| 6 | صناعة الألمنيوم والحاويات. |
| 7 | صناعة الطوب والبلاط. |
| 8 | صناعة منتجات اللحوم والمرتديلا. |
| 9 | صناعة البوظة. |
| 10 | صناعة الطحينة. |
| 11 | مصانع الأحذية. |
| 12 | مصانع النسيج. |
| 13 | صناعة النايلون والبلاستيك. |
| 14 | صناعة الأثاث. |
| 15 | صناعة الزجاج. |
| 16 | صناعة الحلويات والسكاكر والجاتوه. |
| 17 | صناعة الشنط. |
| 18 | صناعة المحارم ولوازم الاطفال الصحية. |

المصدر: سجلات غرفة تجارة وصناعة نابلس، حزيران، 2002.

وتسهم المؤسسات الصناعية والورش الحرفية في مدينة نابلس بوزن مقداره 27 طن من النفايات يومياً[1].

### 2.3.2 النقل والمواصلات:

لقطاع النقل والمواصلات أهمية في الاقتصاد الفلسطيني، فهو يوفر فرص العمل وله دور كبير في التواصل الجغرافي بين التجمعات السكانية، وهذا المجال وفر (4.9%)[1] من مجموع فرص العمل في فلسطين، والنقل البري هو الشكل الوحيد المتوفر في محافظة نابلس من وسائل المواصلات.

---

[1] حنيني، رائد إبراهيم. (1999). مرجع سابق، ص 50.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات النقل والاتصالات في الأراضي الفلسطينية، التقرير السنوي، تشرين ثاني 2000، ص 19.

**1-النقل البري:**

تعتبر شبكة الطرق في محافظة نابلس منذ القدم جزءً من شبكة الطرق في فلسطين، وتربط الشمال بالجنوب والمناطق الساحلية بالداخلية والأغوار[2]، وبعد عام 1948 قلت أهمية نابلس بالنسبة لمواصلات فلسطين، ولكن برز لها دور آخر ضمن إقليم الضفة الغربية، فهي عقدة المواصلات بالنسبة للضفة الفلسطينية. ووسيلة النقل المستخدمة هي المركبة الآلية: وهي كل مركبة مزودة بمحرك يمتلك وسيلة ذاتية، وتستخدم عادة لحمل الأشخاص أو البضائع أو لسحب المركبات[3]. ولا توجد في محافظة نابلس طرق مخصصة لأنواع معينة من المركبات كأن تكون طرق خاصة بالشاحنات. وبلغت كثافة المركبات لكل ألف نسمة في الضفة 41 مركبة[4].

**2-الطرق:**

إن أطوال شبكات الطرق في محافظة نابلس قد زادت عما كانت عليه سابقاً، فقد بلغ مجموع أطوال شبكات الطرق بمختلف أنواعها في المحافظة عام 1952 (318.5 كم)، وزادت عام 1965 إلى (839 كم)، وكانت طرق المحافظة تعتبر في هذه الفترة أطول الطرق في فلسطين، إلا أنها تقلصت عام 1967، بسبب سياسة الاحتلال الإسرائيلي، وقد بلغت أطوال الطرق البرية المعبدة في المحافظة بمختلف أنواعها 396 كم. مقابل 93 كم فقط في سلفيت، و98 كم فقط في طولكرم[5]. وبالرغم من تقلص مساحتها، إلا أنها ما زالت تستأثر بالنصيب الأكبر في أطوال الطرق في محافظات شمال الضفة.

---

[2] جرار، مازن. (1999). رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق. ص 22.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات النقل والاتصالات في الأراضي الفلسطينية، التقرير السنوي، تشرين ثاني 2000، ص 16.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات النقل والاتصالات في الأراضي الفلسطينية، التقرير السنوي، تشرين ثاني 2000، ص 60.

[5] جرار، مازن. (1999). رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق. ص 29.

خريطة (8) توزيع الطرق

والطرق في محافظة نابلس حالها حال بقية طرق فلسطين خاصة المعبدة فهي مغلقة بالحواجز الترابية الأسمنتية من قبل الاحتلال الإسرائيلي، ولا يسمح بالمرور عليها.

وتعتبر شبكة الطرق الوحيدة التي تربط أجزاء المحافظة ببعضها، والمحافظة بالمحافظات الأخرى مدمرة بسبب عمليات التخريب والتجريف من قبل الاحتلال الإسرائيلي. وتقسم الطرق في محافظة نابلس على أساس تحمل واستيعاب حركة وسائل النقل إلى ثلاثة أنماط:

**أ-طريق رئيسي:**

وهي الطرق التي تربط بين المدن المختلفة في الضفة الغربية، وتتميز هذه الطرق في معظمها بأنها ذات مسرب واحد في كل اتجاه.

**ب-الطرق الثانوية:**

وتصل هذه الطرق بين القرى وتتفرع عن الطرق الرئيسية، وهي أقل اتساعاً من الطرق الرئيسية، ودور هذه الطرق أنها تقوم بتغذية حركة النقل على الطرق الرئيسية.

**ج-الطرق المؤدية إلى قرية واحدة:**

وهذا النوع من الطرق لا يسمح بمرور أكثر من مركبة واحدة، وهو أصغر من الطرق الثانوية، وهذا يربط أجزاء القرية مع بعضها البعض.

**د-الطرق الترابية:**

برز دور كبير لهذه الطرق في الفترة الحالية، إذ أصبحت هذه الطرق شريان النقل في الضفة الفلسطينية في الوقت الحالي، وذلك بسبب منع الإسرائيليين الفلسطينيين من المرور على الطرق المعبدة، مما يضطرهم اللجوء إلى طرق ترابية عبر الجبال للوصول للمدن والقرى الفلسطينية. وهي طرق غير معبدة أي غير مغطاة بالإسفلت. وتربط الطرق الزراعية القرى والمنازل البعيدة عن التجمعات السكانية، وهذا النوع من الطرق يعاني من مشاكل كثيرة منها ما هو طبيعي، وخاصة عند سقوط الأمطار في فصل الشتاء، مما يعيق الحركة، ويغلق الطريق، وكذلك الحال في فصل الصيف بسبب الغبار الكثيف. وتبين الخريطة رقم (8) توزيع الطرق والنقل في محافظة نابلس.

# الفصل الثالث

# العوامل المؤثرة في انتشار الأمراض

الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في انتشار الأمراض

## 1.3 مقدمة:

تتعدد وتتنوع العوامل التي تؤثر في انتشار الأمراض، سواء كانت هذه الأمراض مزمنة أو غير مزمنة، والإنسان يتأثر ويؤثر بالبيئة منذ القدم، إلا أن تأثير الإنسان على البيئة قد زاد في الوقت الحاضر، بسبب أعمال الإنسان وأنشطته المختلفة من بناء مدن وزراعة واستخدام الأسمدة والمبيدات وإنشاء المصانع واستعمال السيارات وغيرها من الأعمال، والذي ساعد على تدهورها، وهذا بدوره انعكس سلباً على الإنسان وصحته، وأسفر عن انتشار كثير من الأمراض، مما دعا إلى ظهور العديد من العلوم الحديثة التي تهتم بالبيئة وصحة الإنسان مثل: علم السموم الذي يبحث العوامل المختلفة التي لها علاقة بتسمم البيئة وأثره على صحة الإنسان. وقد دلت تقديرات منظمة الصحة العالمية أن (80%) من حالات السرطان التي ظهرت في الوقت الحاضر سببها الرئيس هو التلوث والتسمم البيئي[1]. تتعدد العوامل الجغرافية التي تؤثر في انتشار الأمراض، وسيتم دراسة البعض منها في هذا الفصل، ومنها ما يختص بالبيئة البشرية، كالعوامل الاقتصادية والتعليمية، والآخر يختص بالعوامل الطبيعية، كالموقع والمناخ.

## 2.3 العوامل الطبيعية:

### 1.2.3 الموقع الجغرافي:

يؤثر الموقع الجغرافي للمنطقة من حيث درجة أهميتها كأن تكون ذات موقع استراتيجي أو منطقة تجارة أو تمثل مركز الدولة أو الإقليم، خاصة أن حركة الانتقال أصبحت نشطة خلال القرن العشرين وبداية هذا القرن، فموقع مدينة نابلس مثلاً أعطاها أهمية بحيث تمثل مركز إقليم الضفة الغربية، وتربط شمال الضفة بجنوبها، فهذا الموقع يعطيها درجة أكبر من غيرها للاختلاط بين الناس، مما يساعد على انتشار بعض الأمراض عن طريق التنقل، فقد انتشر في مدينة نابلس في الأعوام 1933، 1934 بعض الأمراض السارية مثل: الإنفلونزا، والملاريا وغيرها، بسبب هجرة الكثير من السكان من المناطق الريفية المجاورة إلى المدينة، وقاموا بنقل الأمراض التي حملوها معهم[2].

وفي المملكة العربية السعودية يتعرض الكثير من الحجاج للكثير من الأمراض سنوياً بسبب اختلاط الناس القادمين من بيئات مختلفة ببعضهم البعض[1]. وانتشر في العالم وباء

---

[1]Trieff, A. (1980). "Environment and Health" in Arbor, mich, p. 15.

[2] خاطر، إنصاف. 2000. الأوضاع الصحية في نابلس إبان الانتداب البريطاني 1922-1948م. رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق، ص 45.

[1] مدحت، محمد، البنا، فاتن محمد. (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 168.

الإنفلونزا في الأعوام 1918، 1929، وكان سبب انتشاره السفر والانتقال، وكان عدد ضحايا هذا الوباء 30 مليون شخص[2]. كما انتشر حديثاً في العام 2003 مرض السارس المعدي في العالم، والذي انطلق من الصين إلى الدول المجاورة مثل تايوان وغيرها من الدول، وساعد موقعها الجغرافي القريب من الصين على انتقال المرض إليها. ومن خلال التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة تبين أن مدينة نابلس ترتفع فيها نسبة الأمراض غير المزمنة، حيث بلغ نسبة المصابين بها 54.2% من العينة، وفي الريف 45.8%، ونلاحظ أن النسبة مرتفعة في نابلس بسبب الاكتظاظ السكاني نتيجة التوسع العمراني.

وأن المصانع والورش تقع بالقرب من التجمعات السكنية مما يسبب التلوث، بالإضافة إلى أن نابلس ملتقى الطرق بين شمال الضفة وجنوبها، وما ينجم عنه من ضوضاء وازدحام وتلوث الهواء بالغازات المنبعثة من السيارات، مما ساعد على انتشار الأمراض غير المزمنة، وأثر على صحة السكان.

**2.2.3 المناخ:**

يعتبر المناخ من أهم العوامل الطبيعية المؤثرة في حياة الكائنات الحية بمن فيها الإنسان، فقد تنبه أبو قراط إلى أهمية التغيرات الفصلية على صحة الإنسان، وقال أن على كل من يرغب في دراسة الطب يجب أن يتأمل أولاً فصول السنة[3].

وعند دراسة بعض الأمراض الوبائية في العالم اتضح أنها تتفق مع توزيع أنماط معينة من المناخ، حيث أن بعضها ينشط في فصل معين ويقل نشاطه في فصل آخر، حتى أنه هذه الأمراض صارت توصف بأسماء الفصول كأمراض الصيف مثل: الأمراض المعدية كالكوليرا وضربات الشمس، وأمراض الشتاء أو الربيع مثل: الإنفلونزا، الرشح، والحصبة، والرمد الربيعي[4]. وتعد درجة الحرارة من أهم العوامل التي تؤثر في انتشار بعض الأمراض غير المزمنة. فالمناخ الحار يساعد على تكاثر الحشرات التي لها دور في نشر العدوى بين الناس، ويعد شهري تموز وآب من أعلى شهور السنة حرارة في المحافظة. فقد بلغ معدل درجة الحرارة للشهرين المذكورين على التوالي 24.2° م، 24.4° م، أما معدل درجة الحرارة العظمى للشهرين 29.1° م، و29.4° م، أما درجة الحرارة العظمى المطلقة فبلغت 38.6°م للشهرين،

---

[2] مدحت، محمد، البنا، فاتن محمد. (1998). مرجع سابق، ص 157.

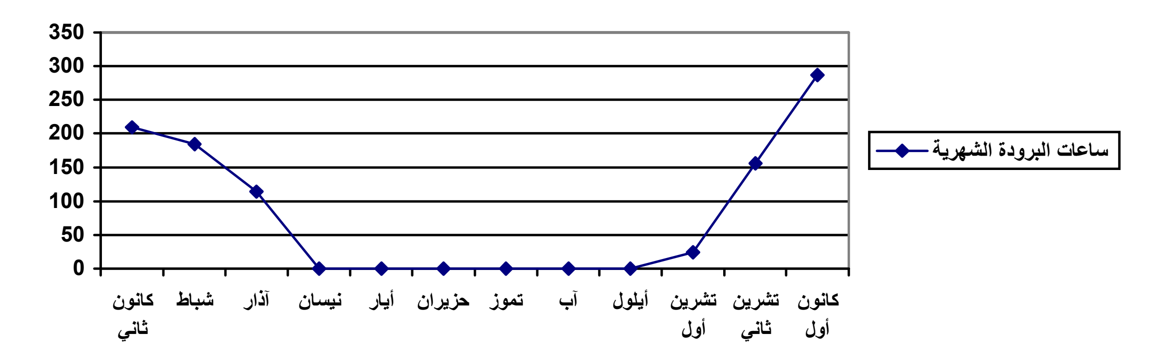
[3] السبعاوي، محمد نور. (1997) مرجع سابق، ص 73.

[4] طريح، شرف. (1995) مرجع سابق. ص 63.

وتؤثر هذه الدرجة المرتفعة على صحة السكان في المحافظة. وتعد أريحا أكثر مناطق الضفة الغربية حراً، وأعلى معدل حراري شهري لها عام 1998 هو شهر آب، وبلغت درجة الحرارة 33.2°م[1]. ويعد شهر كانون الثاني من أبرد شهور السنة في المحافظة، وقد بلغ معدل درجة الحرارة لهذا الشهر 9.6° م، ومعدل درجة الحرارة الدنيا لنفس الشهر بلغت 6.2° م، ودرجة الحرارة الدنيا المطلقة -0.6° م لنفس الشهر. أما أدنى معدل حرارة في الضفة الغربية هو في الخليل، فقد بلغت درجة الحرارة الدنيا لنفس الشهر فيها 4.1° م، والدنيا المطلقة كانت في القدس وبلغت -3 ° م. وكما نلاحظ من خلال الشكل (10) أن هناك تباين في عدد ساعات البرد على مدار السنة في محافظة نابلس، حيث بلغ مجموع ساعات البرودة في المحافظة في فصل الصيف صفر، وأعلى عدد لساعات البرودة كانت في شهر كانون أول في الفترة بين 1975-1997 بلغت 287 ساعة[2]. وهذا الانخفاض والتباين في درجة الحرارة في المحافظة يؤثر على صحة الناس، ويساعد على انتشار بعض الأمراض الصدرية، وأمراض الجهاز التنفسي.

الشكل (10)

مجموع ساعات البرودة في محافظة نابلس على مدار السنة للفترة الزمنية بين 1975-1997




وفيما يتعلق بتأثير الرياح في محافظة نابلس واتجاهها صيفاً وشتاءً، فيحدد تركيب المحافظة الطبوغرافي والمورفولوجي شكل الرياح التي تهب على المحافظة، حيث تهب الرياح بنسبة 85% في فصل الشتاء من مجمل اتجاهات الرياح، وفي فصل الصيف تهب الرياح الشمالية الغربية بنسبة 80%.

---

(1) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية: التقرير السنوي 1998. رام الله - فلسطين، ص 21.

(2) وزارة النقل والمواصلات الفلسطينية، دائرة الأرصاد الجوية، نابلس، 2003.

كما أن لنسيم البر والبحر أثر في حركة الرياح تجاه المحافظة، حيث ينشط نسيم البر في ساعات الصباح الأولى من خلال انتقال حركة الرياح من اليابسة باتجاه البحر المتوسط، مما يؤدي إلى إحداث انقلاب حراري يؤدي إلى تكاثف الغازات مع بخار الماء. وينشط نسيم البحر في ساعات الظهيرة بعد وصول الرياح من البحر، مما يساعد على تحريك كميات كبيرة من الأدخنة والغازات والجزيئات الدقيقة من الغبار باتجاه المحافظة، حيث تمتليء الأودية بها باتجاه المناطق الشرقية والشمالية الشرقية والجنوبية الشرقية منها[1]. حيث أن لاتجاهات حركة الرياح في المحافظة أثر كبير في تحديد اتجاهات أدخنة مكبات النفايات الملوثة، كما هو الحال عند منطقة المكب الشرقي في مدينة نابلس، حيث تقوم الرياح بنقل الغازات والروائح الكريهة إلى مناطق مختلفة مثل روجيب وبيت فوريك وسالم[2]. ويؤثر ذلك في المساعدة على نشر الأمراض المختلفة وخاصة الأمراض الصدرية والتنفسية.

ومن العوامل المؤثرة على صحة الإنسان الرطوبة، فهي تساعد على نشر بعض الأمراض، كما حدث في العهد العثماني، حيث ساعدت رطوبة الهواء على نشر الأمراض في تلك الفترة في المحافظة كالأمراض الصدرية[3].

## 3.3 عامل التلوث:

يعتبر التلوث من أهم العوامل التي لها علاقة بالمرض وبصحة الإنسان بل يعد من أخطر هذه العوامل، وقد تنبه القدماء لخطر التلوث، فقد ربط أبو قراط بين تلوث المياه وانتشار الأوبئة والأمراض[4]. ولا يقتصر خطر التلوث على صحة الإنسان فقط، بل يتعدى ذلك إلى البيئة من حيوانات ونباتات، ويزداد التلوث يوماً بعد يوم، والمسبب لهذا التلوث هو الإنسان الذي اهتم بتطور الصناعة وأغفل أثرها السلبي على البيئة، والشكل (11) يوضح مخاطر التلوث البيئي على الإنسان.

---

[1] حنيني، رائد إبراهيم. (1999). النفايات الصلبة في مدينة نابلس، دراسة في جغرافية البيئة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين. ص 12.

[2] حنيني، رائد. (1999). مرجع سابق، ص 153.

[3] خاطر، أنصاف. مرجع سابق، ص 65.

[4] السبعاوي، محمد نور الدين. (1997). الجغرافيا الطبية، مناهج البحث وأساليب التطبيق. كلية الآداب، جامعة المنيا، ص 160.

الشكل (11)

أخطار التلوث البيئي على الإنسان

من كتاب طريح ص 138

تعتبر مدينة نابلس من المناطق التي حصل بها تطور صناعي وتجـــاري خـــلال القـــرن الماضي وبداية القرن الحالي، حيث واكبت التطور العلمي في كثير من الصناعات والمجالات.

### 1.2.3 مصادر التلوث:

وفيما يلي عرض لبعض مصادر التلوث في محافظة نابلس:

**1-الصناعة:**

تعد مدينة نابلس من المدن القديمة التي تشتهر ببعض الصناعات مثل صناعة الصـــابون، وفي القرن الماضي شهدت محافظة نابلس تطوراً في حجم المدينة والقرى التابعة لها، وتزايــد عدد السكان، وظهرت بعض الصناعات الجديدة التي هي بسيطة في غالبها ومتوســطة، إلا أن هذا التطور الذي حدث صاحبه مشكلات بيئية مثل التلوث بأنواعه، كتلوث الهواء والمياه.

وبالرغم من عدم وجود صناعات كبيرة في محافظة نابلس، ومعظمها ورش صغيرة، إلا أن لها أضرار كبيرة، خاصة أنها أنشأت بالقرب أو بين المراكز السكنية، وهذا يعنـــي تلـــوث الهواء واختلاط المياه العادمة المنزلية مع الصناعية.

وهذه الصناعات ينتج عنها مخلفات ونفايات صلبة وسائلة، وهذه المخلفات ســـامة مثـــل الأحماض والمواد القلوية والرصاص والزرنيخ وأكاسيد الكبريت، حيث تعتبر هذه المواد سامة ومسرطنة، وبعض أنواع الصناعات القائمة في نابلس ينتج عنها الـــروائح الكريهـــة الضـــارة بالصحة. وهناك علاقة بين قرب المناطق السكنية والمصانع وانتشار الأمراض الصدرية، ففـــي دراسة للسبعاوي (1993) في محافظة المنيا المصرية، أظهرت أن هناك ارتباط قوي بين انتشار الأمراض الصدرية وقرب المناطق السكنية من المصانع، حيث بلغت قيمـــة كـــاي المحســـوبة (21.5) والمجدولة (21.3) عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha$ =0.05).

**2-المناشير والمحاجر:**

تتوزع المناشير والمحاجر في جميع أنحاء المحافظة سواء في ضواحي المدينة أو القـــرى المجاورة مثل قرية جماعين، ولمناشير الحجر آثار سلبية على البيئة والإنسان، فالمواد الدقيقـــة التي تتطاير أثناء الصناعة تسبب العديد من أمراض الجهاز التنفسي للإنســـان، وكـــذلك تقـــوم بإغلاق مساحات النباتات المحيطة بالمحجر، مما يؤدي لموتها، والمواد المذابة والعالقة في المياه العادمة الناتجة عن هذه الصناعة، وهي مواد كلسية دقيقة التي تسبب في تلوث التربة.

### 2.2.3 أنواع التلوث:

**1-التلوث بالنفايات الصلبة والسائلة:**

أصبحت مشكلة النفايات الصلبة والسائلة تفرض نفسها على الإنسان لما لها من خطورة كبيرة على صحة الإنسان والكائنات الحية الأخرى. وسنتطرق لكل منها كما يلي:

**أ-النفايات السائلة (المياه العادمة):**

وهي التي تشمل المواد البرازية والبول، كما تشمل المياه والسوائل المستعملة التي تنتج عن مختلف أنواع النشاط المنزلي والحرفي والصناعي والتجاري[1]. وبلغ مجموع المياه العادمة من الصناعات الخطرة في نابلس (28291.5 م$^3$) شهرياً، ومن الصناعات غير الخطرة (380.869م$^3$)[2]. وتعد المياه العادمة من أسهل الطرق لنقل الأمراض، كالفيروسات والأميبا والطفيليات. وتعد نابلس من المناطق التي ترتفع فيها نسبة الإصابات بالأمراض الطفيلية بشكل كبير[3]. وقد ازدادت نسبة الإصابة بالطفيليات في مدينة نابلس في الفترة ما بين 1981-1986 من 24.6% إلى 37.8%. وتنتقل هذه الأمراض عن طريق ري الخضراوات بالمياه العادمة أو التعامل مع نباتات ملوثة أو تناول لحوم الماشية التي ترعى في المراعي التي رويت في مياه المجاري، وتنتقل إليها الطفيليات ومن ثم للإنسان، وهذه الطفيليات تسبب أمراض الإسهال وآلام البطن وغيرها، ويرجع السبب في ازدياد نسبتها في المحافظة هو تلوث المياه والتربة والخضراوات وخاصة الورقية التي تؤكل مباشرة دون طهي كالبقدونس بمياه عادمة غير معالجة[4]. وتسبب المياه العادمة روائح كريهة ضارة ومأوى لتجمع الحشرات والبعوض.

**ب-النفايات الصلبة:**

---

[1] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن، ص 687.

[2] أبو الهدى، كفاية. (2000). مرجع سابق، ص 97.

[3] Shtayeh, M.S.A. Hamdan, A.H.Y, And others. (1989). Prevalence and seasonal Fluctuation of instinal parasitic infections in the Nablus area West Bank of Jordan. Annals of Tropical Medicine and Parasitology, Vol. 33, No. 1, 67-72, pp. 67-69.

[4] اشتية، محمد. (1989). مرجع سابق، ص 68.

وهو تعبير للإشارة إلى المخلفات غير السائلة التي تنتج عن مختلف أنواع النشاط المنزلي الحرفي والتجاري والصناعي والزراعي والتعديني[5]. ويبلغ متوسط حجم النفايات الصلبة في مدينة نابلس حوالي 269.7 طن يومياً، أي 870 $م^3$، ومعظم هذه النفايات عضوية[1]. وتجمع النفايات في المحافظة في أكياس من المنازل وتنقل بعد ذلك للحاويات، وإذا تأخرت النفايات المنزلية قرب المنزل أكثر من يوم فإن هذا الوضع يسبب روائح كريهة ويجلب الحشرات مما يؤثر على الصحة. وأظهر التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة أن 59.3% من المصابين بالأمراض غير المزمنة لا يتخلصون من نفاياتهم المنزلية يومياً، وهذا يدل على أهمية التخلص من النفايات يومياً، وتنقل النفايات بواسطة السيارات الخاصة إلى المكب الذي يقع في المنطقة الشرقية من مدينة نابلس، والذي يتخلص من النفايات عن طريق الحرق، التي يبقى 60% منها دون حرق تام، ولهذا المكب أضرار كثيرة على البيئة وعلى صحة السكان وعلى استخدامات الأرض في هذه المنطقة، فنتيجة حرق النفايات تنبعث الغازات الضارة التي تلوث الهواء كأكسيد النيتروجين وتضر بمناطق عديدة مثل: بيت دجن ودير الحطب وبيت فوريك وإسكان روجيب وعسكر وبلاطة[2]. وهذا يضر بصحة سكان المنطقة ويؤدي لإصابتهم بالأمراض، بالإضافة إلى أن النفايات الباقية غير المحترقة تكون مكاناً مناسباً للقوارض والذباب، وهذه النفايات تضر بالتربة وتلوثها مما يجعلها غير مناسبة للزراعة، بالإضافة أن المناطق المحيطة بالمكب لا تصلح لاستخدامات الإنسان من بناء وتجارة وغيرها، وذلك بسبب التلوث الذي ينتج عن المكب وانبعاث الغازات والروائح الكريهة والمنظر السيئ مما يؤثر على قيمتها الاقتصادية. وفي موسم سقوط الأمطار فإن المياه السطحية في المنطقة تتلوث بمكونات النفايات الصلبة.

أما في قرى المحافظة فتجمع النفايات من المنازل أو من الحاويات بوساطة سيارات النقل المخصصة لهذا الغرض وتنقل إلى أماكن على أطراف القرى كالأودية، وهي إما أن تحرق أو تترك دون معالجة، حيث يلوث ذلك البيئة وخاصة المياه التي تجري في الأودية في موسم سقوط الأمطار، وهذا بدوره يؤثر على المياه السطحية والجوفية.

**2-السيارات:**

---

[5] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. منشورات جامعة القدس المفتوحة. المرجع السابق، ص 687.

[1] حنيني، رائد. (1999). مرجع سابق، ص 26.

[2] حنيني، رائد. (1999). مرجع سابق، ص 152.

بلغ عدد المركبات المرخصة في محافظتي نابلس وسلفيت 16024 مركبة، وهي أعلى من مناطق أخرى في الضفة مثل طولكرم التي بلغت 7016 مركبة لنفس العام[3]. أما في الضفة الغربية فبلغ مجموع المركبات 74854 مركبة[1]. بالإضافة إلى أنها تشكل نقطة التقاء بين جنين وطولكرم ومحافظات الجنوب، مما يزيد من أعداد السيارات ويزيد من آثارها السلبية على البيئة بسبب الدخان المتصاعد والغازات السامة منها مثل: أكاسيد النيتروجين وأول أكسيد الكربون، مما يلوث البيئة ويضر بالصحة ويسبب أمراض الجهاز التنفسي، بالإضافة للتلوث بالنفايات الصلبة الناتجة عن السيارات المتمثلة بهياكلها ومستلزماتها المختلفة كالإطارات وغيرها التي هي صعبة في التخلص منها، والنفايات السائلة مثل الزيوت والبنزين وغيرها من المواد المضرة بالبيئة والمياه الجوفية والسطحية[2].

### 4.3 العوامل الاقتصادية والتعليمية:

تعتبر الأوضاع الاقتصادية والتعليمية التي لها علاقة بالحالة الصحية للسكان، فالفقر والجهل والمرض عوامل مرتبطة مع بعضها البعض، وفقر الدولة يؤثر على ما ستقدمه لسكانها من خدمات تعليمية وصحية ويؤثر بمستوى هذه الخدمات، والعامل الاقتصادي هو العامل الرئيس المرتبط بالأحوال الصحية لأنه هو العنصر الأساسي الذي يوفر الخدمات التعليمية والطبية والتغذية[3]. وقد بين التحليل الإحصائي لأفراد العينة وكما هو واضح في الجدول (7) أن 28.2% من السكان هم من أصحاب الدخل المنخفض (أقل من 200 دينار أردني)، وهي أعلى النسب، وذلك بسبب الأوضاع الاقتصادية الصعبة التي يعيشها الفلسطينيون بسبب الإغلاقات المستمرة من قبل الاحتلال الإسرائيلي.

الجدول (7)

مستوى الدخل الشهري بالدينار الأردني في عينة الدراسة

| مستوى الدخل | النسبة المئوية |
|---|---|
| أقل من 200 دينار | %28.2 |
| من 200-299 دينار | %22.2 |

---

[3] دائرة الإحصاء الفلسطيني، إحصاءات النقل. مرجع سابق، ص 52.

[1] دائرة الإحصاء الفلسطيني، إحصاءات النقل. مرجع سابق، ص 20.

[2] اشتية، محمد. (1989). حماية البيئة الفلسطينية. مرجع سابق، ص 155.

[3] طريح، شرف. (1995). مرجع سابق، ص 127.

| من 300−399 دينار | %20.1 |
|---|---|
| 400 دينار فأكثر | %27.3 |

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

وأعلى نسب العاملين في المحافظة حسب التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة هم من الموظفين الحكوميين وبلغت نسبتهم 21.1%، ومعظم دخل هذه الفئة يقع ضمن مستوى الدخل أقل من 200 دينار أو ما حولها، وأظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين مستوى الدخل وانتشار الأمراض غير المزمنة.

والمستوى التعليمي من العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، وتؤثر الحالة التعليمية لسكان أي مجتمع على الحالة الصحية لهذا المجتمع[1].

والمستوى التعليمي للأب والأم في محافظة نابلس مرتفع، حيث بلغت نسبة الأمية عند الآباء إلى 2.2% وبين الأمهات 9.8% كما يظهر من تحليل بيانات هذه الدراسة، وفي المحافظة بلغت عام 1996 12% للذكور والإناث[2]، وفي قطاع غزة بلغت نسبة الأمية 6.2% للذكور، و15.4% للإناث[3]. وهذه نسب قليلة بالمقارنة مع دول أخرى كمصر، فقد بلغت نسبة الأمية فيها لسن 15 سنة فأكثر لعام 1996 66.3% للذكور والإناث 61%، وفي الأردن، 7% للذكور، و21% للإناث[4].

والسبب في ارتفاع نسبة التعليم في مدينة نابلس بصفة خاصة والمحافظة بصفة عامة، أن المدينة تشتمل على العديد من المراكز التعليمية والمدارس منذ فترة بعيدة والتي ساهمت في رفع نسبة المتعلمين، بالإضافة إلى أن نابلس مركز حضري، حيث استقطبت العديد من طلبة العلم إليها من القرى والمناطق المحيطة[5].

وانخفاض نسبة الأمية في الأراضي الفلسطينية بشكل عام يعود إلى زيادة الوعي لدى الناس بأهمية التعليم وازدياد عدد المدارس منذ قدوم السلطة الفلسطينية. مما يقلل من احتمالية الإصابة بالأمراض غير المزمنة، خاصة أن المرأة التي تستطيع القراءة والكتابة والمتعلمة يكون لديها ولو قدر قليل من الثقافة والوعي.

---

(1) بيرم، عبد الحسين. (1967). الأمراض المعدية، دراسة علمية لانتشار الأمراض بالعدوى وطرق الوقاية منها. منشورات دار المكتبة، بيروت: لبنان، ص 121.

(2) دائرة الإحصاء المركزي الفلسطيني. أيار 1996. مرجع سابق، ص 25.

(3) دائرة الإحصاء المركزي الفلسطيني. مسح البيئة الصحي، 2000. مرجع سابق، ص 16.

(4) دويك، عزيز، وآخرون. التربية السكانية في فلسطين. (2000). مرجع سابق، ص 78.

(5) أبو صالح، ماهر. (1998). مرجع سابق.، ص 40.

### 5.3 العوامل الحضارية:

المستوى الحضاري هو أنماط المعيشة والسلوك والتقاليد والفكر وغيرها من الخبرات التي يكتسبها الإنسان في تعامله مع الآخرين، فكل مظهر من هذه المظاهر يؤثر على الصحة، من حيث زيادة الاحتكاك والاختلاط بين الريف والمدن الذي يساعد على الاستفادة من الخدمات الصحية والمعرفة[1]. فهناك علاقة بين زواج الأقارب ودرجة الحضرية، فكلما كان هناك تقدم ومستوى حضاري، قلت نسبة زواج الأقارب، وأظهرت الدراسة أن (57.7%) من النساء متزوجات من غير أقاربهن على مستوى محافظة نابلس، وهذا يدل على زيادة الوعي بين المواطنين، فالاختلاط بين سكان المدينة والريف وارتفاع مستوى التعليم والمعرفة أدى إلى التقليل من زواج الأقارب. وهذا له أثر إيجابي في التقليل من نسب الإصابة بالأمراض الوراثية لدى الأبناء المنتشرة بين الأقارب.

---

[1] السبعاوي، محمد نور. (1997). مرجع سابق، ص 111.

# الفصل الرابع

## الخدمات الصحية في محافظة نابلس

## الفصل الرابع
## الخدمات الصحية في محافظة نابلس

### 1.4 المقدمة:

يرتبط الوضع الصحي لأي مجتمع بظروف ذلك المجتمع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، ويمكن إدخال عناصر معينة كالدخل والعدالة الاجتماعية، وتوافر المياه، والصرف الصحي، والمسكن الملائم، والوعي الصحي كمتغيرات هامة في هذا المجال. لذلك ينظر إلى مؤشر الوضع الصحي على أنه من المؤشرات المهمة الدالة على واقع التنمية الاقتصادية والاجتماعية في ذلك المجتمع. ومن المؤشرات الدالة على الوضع الصحي الجيد في أي مجتمع ارتفاع مستوى الخدمات الصحية، وعدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان، وتوافر المعدات والأجهزة الحديثة وانخفاض معدل الوفيات لدى السكان في فئات العمر المختلفة.

سيتم في هذا الفصل التطرق للوضع الصحي والخدمات الصحية المتوفرة في محافظة نابلس، والتي تعكس واقع هذه الخدمات ومدى كفايتها ومناسبتها للسكان. ويقوم على إدارة الخدمات الصحية في المحافظة ثلاثة قطاعات رئيسية هي: القطاع العام (الحكومي)، والقطاع الخاص، والقطاعات الخيرية والأهلية مثل الهلال الأحمر الفلسطيني، والأونروا.

وعلى صعيد الأراضي الفلسطينية بشكل عام يعاني الوضع الصحي من تدني مستويات الخدمات الصحية المقدمة للسكان، وانخفاض في نسبة الأطباء والممرضين إلى عدد السكان، بالإضافة إلى نقص ملموس في الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة. وينطبق ذلك أيضاً على محافظة نابلس. ففي الضفة الغربية مثلاً يوجد (277) قرية يسكنها حوالي (14%) من مجموع السكان، لا يوجد في أي منها مركز صحي[1]. وتبلغ نسبة الأطباء في فلسطين 12 طبيباً لكل 10 آلاف نسمة، وفي محافظة نابلس 8 أطباء لكل 10 آلاف نسمة[2]. وبالمقارنة مع بعض الدول بلغت 24 طبيباً لكل 10 آلاف نسمة في الأردن، و28 في إسرائيل. حيث يوجد طبيب واحد لكل (833) نسمة في الأراضي الفلسطينية، بالمقارنة مع طبيب واحد لكل (659) نسمة في دولة الإمارات العربية المتحدة في عام 1989[3]. وبالنسبة للممرضين في فلسطين فيتوافر

---

[1] دويك، عزيز، وآخرون. التربية السكانية في فلسطين. مرجع سابق، ص 80.

[2] وزارة الصحة الفلسطينية، صحة نابلس، مقابلة شخصية، تموز 2003.

[3] دويك، عزيز، وآخرون. التربية السكانية في فلسطين. مرجع سابق، ص 81.

ممرض واحد فقط لكل 1400 نسمة، وبلغت نسبة الممرضين لعام 1996 (13.69) ممرض لكل 10 آلاف نسمة، وهي نسبة منخفضة بالمقارنة مع البلدان المجاورة، كما يوجد نقص حاد في الممرضين المتخصصين[1]. وبلغت نسبة الأسرّة في فلسطين (1.15) سرير لكل ألف نسمة لعام 1997. أما بالنسبة لأعداد المراكز الصحية على مستوى الأراضي الفلسطينية فقد زادت زيادة مطردة منذ تأسيس السلطة الوطنية الفلسطينية في العام، التي اهتمت بالوضع الصحي الفلسطيني بشكل واضح بعد أن كان مهملاً في ظل الاحتلال الإسرائيلي، في الفترة ما بين 1994-2000، ويمكن تفصيل ذلك كالآتي: زادت أعداد المراكز على مستوى فلسطين من 454 عام 1995 إلى 595 عام 2000، بزيادة قدرها (31%). وزادت المراكز الصحية الحكومية من 205 عام 1994 إلى 359 في عام 2000 بزيادة قدرها (75.1%)، وفي قطاع غزة زادت من 29 عام 1994 إلى 43 عام 2000، بزيادة قدرها (48.3%). وفي الضفة الغربية من 175 مركزاً عام 1994 إلى 316 مركزاً عام 2000، بزيادة قدرها (79.6%). وتتوزع نسب المراكز الصحية في فلسطين لعام 2000 كالتالي: المراكز الحكومية (60%)، والمؤسسات الصحية الخيرية (NGOs) (Non Governmental Organizations) (31%)، والأونروا (9%)[2].

### 2.4 الخدمات الصحية الثانوية (المستشفيات):

المستشفى: هو مؤسسة طبية تعنى بتوفير الخدمات التشخيصية والعلاجية بمختلف الظروف الطبية الجراحية وغيرها، وتقدم خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخدمات الطوارىء[3].

أما بالنسبة للوضع الصحي في محافظة نابلس فسيتم التطرق له من خلال المقارنة مع الوضع الصحي على مستوى الضفة الغربية وغزة ومجمل الأراضي الفلسطينية لتوضيح الفروق في الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بينها. حيث بلغ عدد المستشفيات في محافظة نابلس 6 مستشفيات، 2 حكومي، و2 خاصة، و2 أهلية، وبمعدل 2.2 لكل 100 ألف نسمة، وعلى مستوى الضفة 2.4 لكل 100 ألف نسمة، وغزة 2.1 لكل 100 ألف نسمة، وعلى مستوى فلسطين 2.1 مستشفى لكل 100 ألف نسمة. ونلاحظ أن عدد المستشفيات في نابلس أقل من الضفة وأكثر من غزة وفلسطين، وذلك بسبب وجود كثافة سكانية مرتفعة وبحاجة لخدمات صحية أكثر. وبلغت

[1] Palestine Council of Health. The Nursing Human resource in Palestine, January 1997. P. 8.

[2] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. July 2001. pp 23-24.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. شباط 2000، ص 15

أعداد الأسرة في محافظة نابلس لعام 2000 (16.5) لكل 10 آلاف نسمة، وفي الضفة (13.2)، وغزة (16.7)، وفي فلسطين (14.5) سرير لكل 10 آلاف نسمة[4]. وبلغ عــدد الأســرّة فــي المستشفيات الحكومية لعام 2000 في نابلس 238 سرير، وفي المستشفيات الخيرية الأهلية 123 سرير، وفي المستشفيات الخاصة 100 سرير، وبلغ مجموعها 459 سرير في جميع مستشفيات المحافظة. وبلغ عدد الأسرّة في المستشفيات الحكومية على مستوى فلسطين فــي العــام 2000 (3182) سرير، وفي المستشفيات الخاصة (947) سرير، وفي المستشفيات العســكرية (306) سرير، وبلغ مجموع الأسرّة في كافة المستشفيات الفلسطينية لعــام 2000 (4555) ســرير[1]. وتوضح الخريطة رقم (9) توزيع المستشفيات في محافظة نابلس.

وتقسم المستشفيات في المحافظة إلى الآتي:

**1-المستشفيات الحكومية:**

وهي جميع المستشفيات التي تقع تحــت إشــراف إدارة وزارة الصــحة[2]. وبلــغ عــدد المستشفيات الحكومية في الضفة الغربية 9 مستشفيات[3]. ويوجد مستشفيان في المحافظــة فــي مدينة نابلس هما رفيديا والوطني، ويقدمان الخدمات الصحية للسكان من خلال أقسام العيــادات الخارجية والداخلية. ويقدم كل مستشفى منهما خدمات لعدد 145 ألف نسمة، بالإضافة للوافــدين من محافظات أخرى. مما يعكس ضعف الخدمات الصحية المقدمة في هذين المستشفيين نظــراً لكثافة السكان وكثرة المراجعين، وخاصة أن معظم السكان من ذوي الدخل المتوسط والمؤمنين حكومياً. ويعتبر مستشفى الوطني أقدم مستشفى حكومي أنشئ في المحافظة، فقد تم إنشاؤه مــن خلال تبرعات الأهالي عام 1910[4]. وهذا المستشفى مخصص حاليــاً لتخصصــات الباطنيــة والأطفال. أما مستشفى رفيديا فهو يحتوي على قسم ولادة وأقسام الجراحة المختلفــة باســتثناء جراحة القلب والأعصاب[5].

---

[4] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. July 2001. p 267.

[1] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. July 2001. Pp. 263-264.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. شباط 2000، ص 15

[3] دائرة الإحصاء المركزي الفلسطينية، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية لعام 2000، ص 24.

[4] خاطر، أنصاف. رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق، ص 15.

[5] جودة، شاكر سليمان. رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق، ص 42.

وبالنسبة للأسرّة في المستشفيات الحكومية فيظهر من خلال الجدول رقم (8) أن الزيـــادة في عدد الأسرة لا يتناسب مع عدد السكان، فقد بلغت الزيادة في عدد الأسرّة 14 سرير لعـــامي 1998، 1999.

خريطة توزيع المستشفيات

أما الزيادة في عدد السكان فقد بلغت 10084 نسمة لنفس الفترة الزمنية. وبلغ عدد الأسرة الكلي للمستشفيات الحكومية وغير الحكومية في فلسطين 2686 سريراً عام 1996، وارتفع إلى 3771 سريراً عام 1998[1]، وهذا الارتفاع في عدد الأسرة على مستوى فلسطين يعـود إلـى زيادة أعداد المستشفيات غير الحكومية. أما المستشفيات الحكومية في المحافظة فلم يطرأ عليها أي زيادة منذ قدوم السلطة الفلسطينية، ولم يطرأ أي زيادة على عدد الأسرة حتى عام 2000.

الجدول رقم (8)

توزيع الأسرّة في المستشفيات الحكومية في محافظة نابلس

| اسم المستشفى | 1998 | | 1999 | |
|---|---|---|---|---|
| | عدد الأسرة | عدد السكان | عدد الأسرة | عدد السكان |
| رفيديا | 138 | *257.566 | 144 | *267.650 |
| الوطني | 86 | | 94 | |

* المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999، فلسطين في أرقام 1999، ص6.

أما بالنسبة لمعدلات استخدام المستشفيات الحكومية في المحافظة، يظهر أن هناك تنـاقص في الإخراجات[2] والإدخالات[3] ومعدل الإقامة[4]، ومتوسط إشغال الأسرة[5]، في عـام 1999 عما هو عليه 1998، وذلك بسبب زيادة الإقبال على المستشفيات الخاصة في المحافظة كما هو موضح في الجدول رقم (9)، حيث أن هذه الفترة كانت فترة نشاط اقتصادي واستقرار، فتحسن مستوى المعيشة دفع بعض السكان خاصة غير المؤمنين حكومياً للتوجه للمعالجة في المستشفيات الخاصة. وقد بلغ عدد الأطباء في المستشفيات الحكومية في محافظة نابلس 51 طبيب عام و 46

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999، فلسطين في أرقام 1999، ص15.

[2] الاخراجات: هي خروج الفرد من المستشفى بعد إجراء الفحوص لتشخيص مرض ما أو بعد أن قدمت له الرعاية والمعالجة اللازمة بغض النظر عن حالة الإخراج (شفاء، وفاة).

[3] الإدخالات: هي الأفراد الذين يدخلون المستشفى لإجراء الفحوصات الطبية أو العلاج، ويمكثون ليلة واحدة أو أكثر في أقسام المستشفى.

[4] معدل الإقامة: هو العدد الكلي للأيام التمريضية مقسوماً على عدد المرضى المخرجين من المستشفى.

[5] متوسط إشغال الأسرة: هو عبارة عن مجموع الأيام التمريضية مقسوماً على عدد الأسرة المتوفرة مضروباً بعدد أيام السنة.

أخصائي، وفي جنين 21 طبيب عام، و9 أخصائيين، وفي الضفة الغربيـة 177 طبيـب عـام و158 طبيب أخصائي. وكما هو واضح أن عدد الأطباء في مستشفيات مدينة نابلس أكثر مـن عدد الأطباء في بعض المحافظات مثل جنين، وذلك لارتفاع الكثافة السكانية في المنطقة وكثرة الوافدين إلى هذين المستشفيين، إلا أن هذا العدد غير كاف بالنسبة لعدد سكان المحافظة، وبنـاءً على ما سبق فقد بلغ معدل خدمة الطبيب الواحد لها (2655) نسمة لعام 1998، وعلى مستوى الضفة الغربية طبيب واحد لكل (5545) نسمة. أما بالنسبة للمرضين والقابلات فقد بلغ عـددهم في المستشفيات الحكومية في المحافظة 358 ممرضاً وقابلة، وفي جنين 131 ممرضاً وقابلـة لنفس العام[1]. وهذه الأعداد غير كافية بالنسبة لعدد السـكان ودون المسـتوى المطلـوب فـي المحافظة.

الجدول (9)

الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في محافظة نابلس

| العام | الإدخالات | الإخراجات | مجموع الأيام التمريضية[2] | معدل الإقامة / يوم | معدل إشغال الأسرة |
|---|---|---|---|---|---|
| 1998 | 24.070 | 24.161 | 65.782 | 2.7 | 75.7 |
| 1999 | 23.824 | 23.795 | 63.401 | 2.7 | 73.0 |
| 2000 | 24.449 | 24.449 | 50.120 | 2.5 | 68.75 |

* المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات الرعاية الصحية الثانويـة فـي الأراضي الفلسطينية 1999، آب/أغسطس 2000، ص 30.

وكما هو واضح من الجدول (10) أن معظـم المعـالجين فـي المستشـفيات الحكوميـة يقصدونها بسبب رخص التكاليف، حيث أجاب (53.1%) من أفراد العينة أنهم يتوجهـون إلـى المستشفيات الحكومية بسبب رخص التكاليف، وأجاب (15%) أنهم مؤمنين صحياً.

الجدول رقم (10)

أسباب العلاج في المستشفيات الحكومية

| سبب العلاج | النسبة المئوية |
|---|---|

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 1999، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية، 1998، ص 25.

[2] الأيام التمريضية: هي عبارة عن مجموع الأيام التي يشغل فيها المرضى الأسرة خلال سنة، وتتضمن أيام الإقامة للمرضى الذين يغادرون المستشفى.

| رخص العلاج | 52.6 |
|---|---|
| القرب من المنزل | 15 |
| مهارة الأطباء | 11.2 |
| مهارة الممرضين | 1 |
| نظافة المكان | 1.4 |
| التقيد بالمواعيد | 1 |
| جودة الوجبات الغذائية | 0.5 |
| توفر تخصصات نادرة | 2.2 |
| التأمين الصحي الحكومي | 15 |
| المجموع | %100 |

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

## 2-المستشفيات غير الحكومية:

وهي جميع المستشفيات التي تشرف على إدارتها جهات غير حكومية[1]. ولهذه المستشفيات دور مهم لسد النقص في المستشفيات الحكومية وتقديم الرعاية الطبية للمرضى. وبلغ عددها مستشفيان في عام 1998 في محافظة نابلس، وارتفع عددها إلى 4 مستشفيات لعام 2000. وبلغ عددها في فلسطين لعام 1996، ثم ارتفع إلى 40 مستشفى في عام 1998، 34 منها في الضفة الغربية[2]. وتقسم المستشفيات غير الحكومية لقسمين هما:

**أ-القطاع الخيري (NGOs) (Non Governmental Organizations)، ويضم:**

1-المستشفى الإنجيلي العربي: وأنشئ هذا المستشفى عام 1901 في عهد الدولة العثمانية، وتديره الكنيسة الإنجيلية[3]. وبلغ عدد الأسرّة فيه لعام 1999 (48) سرير.

2-مستشفى الاتحاد النسائي: بلغ عدد الأسرّة فيه في عام 1999 75 سرير[1]، وتديره جمعية الاتحاد النسائي. وطرأت زيادة ملحوظة في عدد الإدخالات والاخراجات ومعدل الأيام

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 1999، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية، 1998، ص 15.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 1999، فلسطين في أرقام، ص 15.

[3] خاطر، أنصاف. (2000). مرجع سابق، ص 14.

[1]Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 1999, Palestine. September. P 66.

التمريضية ومعدل إشغال الأسرّة، كما هو واضح في الجدول (11) في مستشفيي الاتحاد والإنجيلي، فقد بلغ عدد الإدخالات عام 1999 (15.473) ثم ارتفع عام 1999 إلى (16.878)، ومعدل الأيام التمريضية من (30.585) إلى (33.504).

الجدول (11)

الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخيري في محافظة نابلس

| العام | الإدخالات | الإخراجات | مجموع الأيام التمريضية | معدل الإقامة | معدل إشغال الأسرة |
|---|---|---|---|---|---|
| 1998 | 15.473 | 14.813 | 30.585 | 2.1 | 68.8 |
| 1999 | 16.878 | 16.881 | 33.504 | 2 | 75.2 |

* المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية 1999، آب/أغسطس 2000، ص 31.

**ب-مستشفيات القطاع الخاص:** وبلغ عددها مستشفيان افتتحا حديثاً وهما:

1-مستشفى نابلس التخصصي: وهو عبارة عن شركة مساهمة عامة، ويحتوي على 75 سرير[2]، ويضم التخصصات العادية كالولادة وجراحة الأعصاب والقسطرة والمناظير والقلب.

2-المستشفى العربي التخصصي: وهو عبارة عن شركة مساهمة خاصة، ومتخصص في جراحة العيون والتنظير وأطفال الأنابيب[3]. ويحتوي على 25 سرير[4].

3-مستشفى الرازي: وافتتح حديثاً، وهو مستشفى جراحة عامة.

كما مرّ سابقاً فهناك زيادة في توجه المواطنين للعلاج في المستشفيات غير الحكومية، وذلك لأسباب عديدة كما هو واضح في الجدول (12)، من أهمها وجود أطباء أخصائيين مهرة، حيث أجاب (51.5%) من أفراد العينة أنهم يفضلون الذهاب للعلاج في المستشفيات غير الحكومية بسبب مهارة الأطباء، و(18.2%) بسبب وجود تخصصات نادرة غير موجودة في المستشفيات الحكومية، ويليه نظافة المكان في المستشفيات الخاصة. وتشير دراسة أحمد

---

[2] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. September. P 236.

[3] جودة، شاكر سليمان. رسالة ماجستير غير منشورة، مرجع سابق، ص 43.

[4] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. September. P 236.

مصطفى (1982) أن هناك نسبة كبيرة من المواطنين يشيرون إلى تدني الرضا عن الخـدمات التي تقدمه المراكز والمستشفيات الحكومية، وذلك بسبب قلة الاتصال بين المريض وطبيبه[1].

الجدول رقم (12)

أسباب العلاج في المستشفيات غير الحكومية

| سبب العلاج | النسبة المئوية |
|---|---|
| رخص العلاج | 2.4 |
| القرب من المنزل | 7.1 |
| مهارة الأطباء | 51.2 |
| مهارة الممرضين | 4.1 |
| نظافة المكان | 10.8 |
| التقيد بالمواعيد | 4.1 |
| جودة الوجبات الغذائية | 2.2 |
| توفر تخصصات نادرة | 18.2 |
| المجموع | %100 |

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

## 3.4 مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHC):

وهي الرعاية الصحية الأساسية التي يمكن أن تكون في متناول الجميع سواء كان علـى مستوى الفرد أو العائلة، وتشمل تقديم الخدمات التي تساعد على النهوض بالمسـتوى الصـحي العام كالعناية بالأمهات أثناء الحمل والولادة وإعطاء المطاعيم للأطفال[2].

وللرعاية الصحية أربعة مستويات هي:

1-المستوى الأول: ويخدم أقل من ألف نسمة.

2-المستوى الثاني: ويخدم من (1000-أقل من 3000).

3-المستوى الثالث: ويخدم من (3000-أقل من 10000).

4-المستوى الرابع: ويخدم أكثر من 10000 نسمة.[1]

---

[1] طعامنة، محمد، والحراحشة، برجس. (1995). مرجع سابق. ص 257.

[2] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. مرجع سابق، ص 393.

ويقوم على رعاية مراكز الرعاية الصحية كـل مـن القطـاع الحكـومي، والخـاص، والمؤسسات الخيرية، والوكالة. ويبين الجدول (13) توزيع أعداد المراكـز الصـحية الأوليـة والمشرفين عليها لعام 2000، والتي بلغ عددها 56 مركزاً، وتخدم (4970) فرداً لكل مركز في المحافظة، أما في جنين فقد بلغت 67 مركزاً في عام 2001 وتخـدم (3368) فـرداً[2]. وفـي الضفة فتخدم (4065) فرداً. ويظهر أن أكثر عدد للمراجعين لهذه المراكز هـو فـي محافظـة نابلس، وهذا يدل على نقص في الخدمات المقدمة للسكان، فهي تخـدم أعـداد تفـوق الطاقـة الاستيعابية لها، مما يزيد العبء عليها ويقلل من كفاءة هذه الخدمات. وهذا يتفق مع دراسة خلف الله اللبان (1998)، حيث أظهرت دراسته أن معدلات ما تقدمه الوحدات الصحية الريفية زيـادة عن العدد المقرر خدمته، ولهذا أثره في نوع الخدمة الصحية المقدمة، ولذا يلجأ سكان الريـف للعلاج في الخدمات الصحية في المدينة، ليس هذا فقط، بل لا تقوم بالدور الذي أنشئت من أجله وحدات الرعاية الصحية والتي تعد خط الدفاع الأول نحو الأمراض[3].

الجدول (13)

توزيع أعداد المراكز الصحية الأولية والمشرفين عليها لعام 2000

| المنطقة | الحكومية | الخيرية | أونروا | المجموع | معدل عدد السكان لكل مركز |
|---|---|---|---|---|---|
| نابلس | 35 | 18 | 3 | 566 | 4970 |
| الضفة | 316 | 145 | 34 | 495 | 4065 |
| غزة | 43 | 40 | 17 | 100 | 11381 |
| فلسطين | 359 | 185 | 51 | 595 | 5294 |

المصدر: Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2000, Palestine. September. P 227.

أما بالنسبة للقطاع الخاص فقد بلغ عدد المراكز الصحية التابعة له 92 مركزاً في محافظة نابلس و290 على مستوى الضفة. أما عيادات الأسنان فبلغت 66 عيادة في المحافظـة، و309

---

(1) منشورات وزارة الصحة الفلسطينية، نابلس، 2003.

(2) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. المسح البيئي لمراكز الرعاية الصحية، 2001، النتائج الأساسية، كانون ثاني/يناير 2002، ص 33.

(3) اللبان، خلف الله. (1998). مرجع سابق، ص 232.

على مستوى الضفة، والمختبرات[1]. وأعداد هذه المراكز يفوق أعداد المراكز الحكومية بكثير، والتي عددها الإجمالي 35 مركزاً موزعة في المحافظة كما هو واضح في الملحقين (2) و(3). و3 مراكز منها للأمومة والطفولة، و27 عيادات ومراكز أمومة، و5 عيادات عامـــة. وعلـــى مستوى أطباء الأسنان فلا يوجد إلا عيادة واحدة في المحافظة داخل مدينة نابلس.

ويظهر من خلال الملحقين (2) و(3) أن 4 من العيادات العامة الحكومية موجــودة فـــي مدينة نابلس، وواحدة في الريف (قرية سبسطية)، وعيادة الأسنان والمختبرات الطبية تقع جميعها في مدينة نابلس، و 26 قرية من أصل 68 فيها مراكز أمومة وعيادة حكومية في نفس المبنـــى. وهذا يدل على تركز معظم الخدمات الطبية في المدينة.

وكما يتضح من الملحق رقم (4) الذي يبين توزيع المراكز الصحية في محافظة نابلس، أن هذه المراكز قد ارتفع عددها إلى 34 مركز صحي تتوزع على 5 مراكز في مدينة نابلس، و29 مركزاً في الريف، وأن 25 منها هي مراكز رعاية صحية للمستوى الثاني كلها توجد في الريف ما عدا واحد يوجد في مدينة نابلس، و8 مراكز رعاية صحية في المستوى الثالث، 4 منها فـــي الريف، و3 في مدينة نابلس، ويوجد مركز واحد بمستوى رابع ويوجد في مدينة نابلس (مديرية صحة نابلس). أما بالنسبة للقطاع الأهلي في المحافظة وكما هو واضح من الملحق (3)، فقد بلغ عددها 39 مركزاً صحياً، 28 منها في مدينة نابلس، و9 مراكز في الريــف، وبعــض القــرى تحتوي بالإضافة للمركز الصحي الحكومي على مركز صحي أهلي، وحرمت قرى أخرى مـــن هذه الخدمات. وبالنسبة لوكالة الغوث فقد بلغ عدد مراكزها اثنان، مركز واحد في مدينة نابلس، ومركز آخر في الريف. وتبين الخريطة رقم (10) توزيع المراكز الصحية الأولية فـــي قــرى محافظة نابلس حسب الجهة التابعة لها.

### 4.4 المستوى الصحي وعلاقته بتوفر الخدمات:

تعتبر مسألة سهولة الوصول (Physical Accessbility) إلى المرافق العامـــة خاصـــة الخدمات الصحية من المعايير المهمة التي يجب مراعاتها عند اختيار مواقع الخدمات الصحية، فعدالة التوزيع للخدمات الصحية تتطلب فهماً لطبيعة العلاقة بين سهولة الوصول للمرافق العامة

[1] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine, Annual Report, 2001, Palestine. September. P 274.

خريطة رقم (9) توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في قرى ومخيمات محافظة نابلس حسب الجهة التابعة لها.

من جهة ومعدلات استعمال هذه المرافق من جهة أخرى، وأنه كلما طالت المسافة اللازمة للوصول إلى أقرب مركز صحي تزداد التكلفة للحصول على الخدمة الصحية وتزداد صعوبة الوصول إليها، وبناءً على ذلك فإن قرار المريض للذهاب إلى الطبيب ستتأثر بطول المسافة التي سيضطر لقطعها كالذهاب إلى العيادات الخارجية للمستشفيات البعيدة، وبالتالي فإن الرغبة في العلاج تقل كلما طالت المسافة المطلوبة للوصول والعلاقة عكسية[1].

لذلك لابد من مراعاة كفاءة المراكز الصحية الموجودة في منطقة الدراسة، بحيث تكون بمستوى صحي يخدم المواطنين ويلبي حاجاتهم الصحية الأساسية، ولكن الواقع غير ذلك، فهناك 32 قرية تحتوي على مراكز صحية أولية، 29 فقط منها حكومي، وبعض هذه المراكز يزورها الطبيب مرتين في الأسبوع، وتبقى هذه العيادات طوال الأسبوع دون طبيب، ومع أن الحالة المرضية لا ترتبط بيوم معين، إنما تكون فجائية وبحاجة إلى الرعاية الصحية الأولية، وهذا غير متوفر في هذه القرى، ويوجد في بعض القرى مراكز صحية من المستوى الثاني وهي تحتاج إلى مراكز صحية من المستوى الثالث بناءً على عدد السكان فيها. ولمراكز الرعاية الصحية أهمية كبيرة، فقد دلت الدراسات أن أي بلد في العالم وفي أي وقت من الأوقات فإن 75% من سكانه غير مرضى و24% منهم مرضى في منازلهم وهم بحاجة إلى نوع من الرعاية الصحية، وأن ما نسبته 1% من السكان مرضى في المستشفيات[2].

وتوجد المستشفيات الخاصة في مدينة نابلس، وذلك لأن هذا النوع من الخدمات الصحية يتم إنشاءها في أماكن تتناسب وراحة الممولين وليس راحة المستهلكين لهذه الخدمات، فمراكز الخدمة في هذه الحالة تكون بعيدة عن مناطق الريف، مما يجعل التنقل إليها صعباً[3].

والمستشفيات الحكومية تتركز أيضاً في مدينة نابلس، وتخلو 68 قرية من أي مستشفى حكومي أو خاص، وهذا يدل على عدم عدالة التوزيع في الخدمات للريف، وخاصة أن سكان مناطق الريف يمثلون أكثر من 50% من السكان. بالإضافة أن إمكانية الوصول للمستشفيات صعبة في ظل الظروف الحالية، حيث أجاب 66% من أفراد العينة أن الحواجز العسكرية تعيق

---

[1] المومني، صدقي. (1994). مرجع سابق. ص 37.

[2] طعامنة، محمد، والحراحشة، برجس. (1995). مرجع سابق. ص 245.

[3] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة والبيئة. مرجع سابق. ص231.

وصولهم للمستشفيات. كما أظهرت نتائج الدراسة أن 52% من أفراد العينة اعتبروا إمكانية الوصول للعلاج في المستشفيات صعبة وصعبة جداً، خاصة أن سيارات الإسعاف غير متوفرة بالشكل المطلوب، مع أنها في الوقت الحالي الوسيلة الأكثر أماناً وضماناً للوصول للمستشفى، فقد أجاب (19.6%) من أفراد العينة أن وسيلة الوصول للمستشفى بالنسبة لهم هي سيارة الإسعاف. وهناك علاقة قوية دالة إحصائياً بين إمكانية الوصول إلى المستشفى والمسافة بالكم عند مستوى الدلالة (α=0.05)، كما هو واضح في الجدول (14). وهذا يدل على أن معدلات استخدام السكان للخدمات الصحية تتناسب طردياً مع قصر المسافة الواجب قطعها[1].

الجدول (14)

العلاقة بين المسافة من المساكن بالكم وإمكانية الوصول إلى المستشفى

| المسافة | نسب إمكانية الوصول للمستشفى | | قيمة مربع كاي | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| | سهلة | صعبة وصعبة جداً | | | |
| أقل من 1 كم | %88.2 | %11.8 | 152.96 | 8 | *0.000 |
| من 1–5 كم | %60.1 | %39.9 | | | |
| من 6–10 كم | %39.3 | %70.7 | | | |
| من 11–20 كم | %19.9 | %81.1 | | | |
| أكثر من 21 كم | %11.1 | %88.9 | | | |

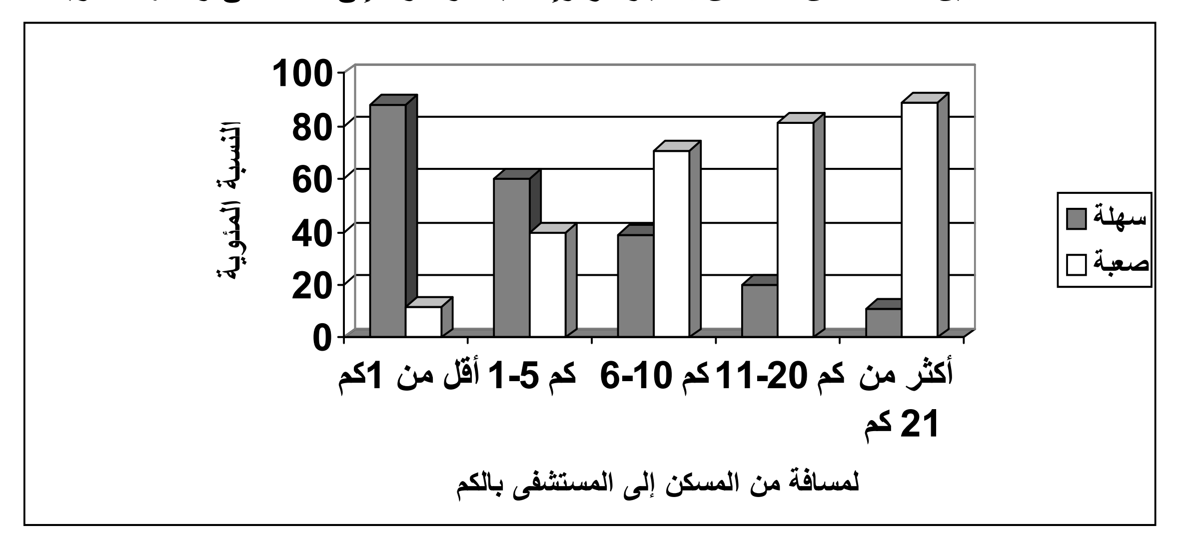
المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

كما هو واضح في الشكل رقم (12) أن المنطقة المركزية التي هي مدينة نابلس والتي تمتد إلى مسافة 5 كم اعتبرت أن إمكانية الوصول للمستشفى سهلة، وبالابتعاد عن المنطقة المركزية تزداد نسبة الأفراد الذين يعتبرون إمكانية الوصول للمستشفيات صعبة، ويتجلى ذلك بشكل واضح في المسافة التي تزيد عن 11 كم.

[1] المومني، صدقي. (1994). مرجع سابق. ص 36.

الشكل (12)

العلاقة بين المسافة من المساكن بالكيلومتر وإمكانية الوصول إلى المستشفى ونسبها المئوية.




المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

نلاحظ من خلال الشكل أن أعلى درجات الصعوبة تتمثل في المسافة 11 كم فأكثر، حيث بلغت 81.1% و88.9%، وهذا يعني أن السكان الذين يعيشون عند هذه المسافة لا يذهبون إلى المستشفى إلا للضرورة القصوى، مما يعني تدني مدى استفادتهم من الخدمات الصحية المتقدمة المتوفرة في المدينة.

# الفصل الخامس

# التوزيع الجغرافي لبعض الأمراض في محافظة نابلس

## الفصل الخامس

## التوزيع الجغرافي لبعض الأمراض في محافظة نابلس

### 1.5 المقدمة:

يخصص هذا الفصل لدراسة التوزيع الجغرافي للأمراض المزمنة وغير المزمنة في محافظة نابلس، حيث ركزت الباحثة على دراسة الأمراض المنتشرة في المحافظة، ومحاولة التعرف على الفروق في معدلات الإصابة بها في مناطق المحافظة (المدينة، الريف). وتم الرجوع إلى المراجع والنشرات والمراجع الطبية، بالإضافة لمقابلات الأطباء المختصين.

### 2.5 أنواع الأمراض:

والمرض هو: انحراف عن الحالة الطبيعية للجسم إلى الحد الذي تصبح فيه القدرات الفسيولوجية للأنسجة البدنية غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية. ويصبح المرض وبائياً إذا أصيب به (10%) أو أكثر من السكان[1]. وتقسم الأمراض إلى نوعين هما:

### 1-الأمراض المزمنة:

هي الأمراض التي تصيب الفرد لفترة طويلة، وتؤثر على جهاز وظيفي واحد، أو أكثر في جسمه، مما يؤثر على صحة المريض، ويبقى المريض تحت الرعاية الطبية، مثل أمراض السكري والدم والمفاصل والعظام والقلب[2].

### 2-الأمراض غير المزمنة:

هي الأمراض التي تصيب الفرد لفترة محدودة من حياته دون مسببات معروفة، وغالباً ما

---

[1] جامعة القدس المفتوحة. الصحة العامة والبيئة. مرجع سابق، ص 17.

[2] مقابلة شخصية، د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني، حزيران، 2003.

تكون لفترة قصيرة، ويتجاوب المريض مع العلاج، ويندر ما تترك آثار سيئة على المـــريض، مثل أمراض الجهاز التنفسي، والجهاز الهضمي[3].

## 3.5 التوزيع الجغرافي للأمراض في المحافظة:

وفيما يلي دراسة للتوزيع الجغرافي للأمراض المزمنة وغير المزمنة في محافظة نابلس:

### 1.3.5 دراسة الأمراض المزمنة:

#### 1-أمراض القلب والأوعية الدموية:

تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية م ن أهم مسببات الوفاة في العالم.

وترتبط أمراض القلب والأوعية الدموية بأسباب معينة من أهمها:

أ-العوامل البيئية المرتبطة بالمناخ وتقلبات الجو والتضاريس والتركيب الجيولوجي التي تفرض أسلوب الحياة ونوع العمل، والتغذية، والمستوى الاقتصادي[1]. وأثبتت العديد مـــن الدراســـات والأبحاث وجود علاقة قوية بين المناخ وهذه الأمراض بدليل أن إصاباتها وحالات الوفاة الناتجة عنها تخضع لتوزيع فصلي خاص، فقد تبين مثلاً في ولاية بنسلفانيا الأمريكية أن أكثر وفيـــات هذه الأمراض تحدث في الخريف والشتاء، وأقلها في الربيع والصيف[2]. أما في الأقاليم المدارية فقد أوضحت الدراسات أن أكثر الحالات كانت في أشد الشهور حرارة، بينما كان أقلها في الشتاء المعتدل الحرارة، وكلما زاد ارتفاع درجة الحرارة زادت الوفيات الناتجة عنها[3].

ب-عامل الوراثة: وهو مسؤول عن أنواع محددة من أمراض القلب والأوعية الدموية، ويكـــون هناك عامل متوسط يربط هذه الأمراض بعامل الوراثة، مثل الخلل الـــوراثي فـــي مســـتويات الإفرازات الإنزيمية وعمليات التمثيل الغذائي ومرض ارتفاع معدل الكوليسترول الوراثي فـــي الدم ومرض السكر الوراثي، فكل هذه الأمراض تزيد من احتمالية الإصابة بـــبعض أمـــراض القلب والأوعية الدموية[4]. ويمكن إرجاع أسباب الإصابة بهذه الأمراض إلى ستة أسباب رئيسية هي: التغذية الغنية بالدهون والسكريات، التدخين المفرط، قلة النشاط والحركة والعـــزوف عـــن

---

[3] مقابلة شخصية، د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني، حزيران، 2003.

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 82.

[2] Wood, F. R. and Headly, O. F. (1995). Med Clinics. N. Amer. No. 19, p 151.

[3] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق، ص 84.

[4] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 82.

الرياضة، القلق والتوتر العصبي، الملح الزائد في الطعام، وخلو الطعام من الأنسجة التي تليّن الأمعاء[5]. ومن الأمراض أيضاً مرض القلب وارتفاع ضغط الدم، وهو عبارة عن حالة عامة ناتجة عن تضيق في الشرايين، وهي القوة التي يقوم من خلالها القلب بضخ الدم عبر الشرايين، وهذا يسمى الضغط الانقباضي (Systolic Pressure)، وعندما يتدفق الدم إلى القلب عبر الشرايين ينبسط القلب فيسمى الضغط الانبساطي (Diastolic Pressure)[6].

ومعدل الضغط الطبيعي الأعلى لدى البالغين يتراوح من (105–140)، والأدنى يتراوح بين (60–90)، ويصبح الشخص في وضع الخطورة إذا زاد الضغط الأعلى عن 160، والأدنى عن 94. ويسبب هذا المرض عادة الانشغال بهموم الحياة اليومية، بالإضافة للتدخين والبدانة وملح الطعام. وانخفاض ضغط الدم والذي يعتبر أقل خطورة، بالإضافة للدوالي التي تؤثر على القدرة الإنجابية لدى الذكور. ويحتل كل من روماتيزم القلب وضغط الدم والتهاب عضلة القلب وتليفها المراتب الثلاث الأولى في أسباب الوفاة من بين جملة أمراض القلب المسببة للوفاة، وتمثل 20.5%، 19.7%، 12.9% للأمراض الثلاثة على التوالي[1]. وبلغت نسبة المصابين بأمراض القلب في العام 1998 في الضفة الغربية بلغت (1.5%) من عدد السكان، وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية بلغت (16.9) لكل 1000 نسمة في المحافظة، أي (1.69%)، وفي مجمل الأراضي الفلسطينية (2.1%). وفي مرض ضغط الدم في الضفة الغربية (2.7%) من عدد السكان، وفي غزة (2%). وفي مجمل الأراضي الفلسطينية (2.4%). كما وبلغت أعداد المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية في العيادات الخارجية للعام 1999 في المستشفيات الحكومية في الضفة الغربية (7916) مريضاً، وفي مجمل الأراضي الفلسطينية (18806) مريضاً[2]. وفي محافظة نابلس في العام 1998 (2521) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية[3]، وفي العام 1999 (3092) مريضاً[4]. وبلغ معدل الوفاة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في محافظة نابلس في العام

---

[5] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. مرجع سابق، ص 512.

[6] WWW. heart centron line. com. 2003.

[1] جابر، محمد، والبنا، فاتن. (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية. مرجع سابق، ص 252.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص ص 35–37.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

2000 (101.6) لكل 100 ألف نسمة[5]. ومن خلال تحليل نتائج الدراسة نلاحظ أن نسبة أمراض القلب والأوعية الدموية في المحافظة بلغت (27.3%) من مجمل جميع الأمراض المزمنة. وبلغت نسبته في مدينة نابلس (30.5%) من مجمل الأمراض المزمنة فيها. وفي الريف (24.4%)، ونلاحظ أن النسبة ترتفع في المدينة بسبب التلوث البيئي والازدحام السكاني.

## 2-أمراض السكري:

وهو عبارة عن خلل في عملية التمثيل الغذائي ناتج عن عدم أو قلة إفراز هرمون الأنسولين بسبب تلف أو خلل في الخلايا التي تفرز هرمون الأنسولين (جزر لانجرهانز) في البنكرياس، ومن أعراضه ارتفاع نسبة السكر في البول. ومن أسبابه: السمنة وارتفاع الوزن، العوامل البيئية وبعض الأمراض الفيروسية، والعوامل الوراثية، وانعدام أو قلة النشاط الجسماني، وأمراض جهاز المناعة، وبعض العقاقير. ومن أنواعه: السكري المعتمد على الأنسولين ويشكل ما نسبته (10-20%) من الحالات، وسكري الحمل والذي يكتشف لأول مرة أثناء الحمل، وارتفاع نسبة السكر في الدم الناتج عن ظروف أخرى مثل: بعض أمراض البنكرياس، وبعض العقاقير والأدوية مثل: مركبات الكورتيزول وأدوية منع الحمل وغيرها، وبعض أمراض الغدد الصماء[1]. وهناك أكثر من 100 مليون شخص في العالم مصابون بمرض السكري، وفي الولايات المتحدة الأمريكية هناك حوالي 14 مليون شخص مصاب بمرض السكري[2]. وبلغت نسبة المصابين بهذا المرض في مدينة المنامة البحرينية لعام 1999 (25%) من جملة المرضى[3]. وبلغ نسبة المصابين بمرض السكري في الضفة الغربية (2.1%) من عدد السكان، وفي غزة (1.8%)، وفي مجمل الأراضي الفلسطينية (2%)[4]. وهذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية، حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن نسبة المصابين بالسكري في المحافظة بلغت (1.69%). وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (872) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية[5]. وفي العام

---

(5) Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 103.

(1) وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة التثقيف والتعزيز الصحي، نشرة إرشادية بعنوان السكري، 2003.

(2) WWW. Holistic on Line. Com. 2002.

(3) العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 77.

(4) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الصحي. ملخص تنفيذي. تشرين الثاني / نوفمبر. 2000، ص 15.

(5) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

1999 (915) مريضاً[6]. وبلغ معدل الوفاة بسبب أمراض السكري في محافظة نابلس في العام 2000 (11.1) لكل 100 ألف نسمة[7]. ومن خلال تحليل نتائج الدراسة نلاحظ أن نسبة مرض السكري في المحافظة بلغ (27.3%) من مجمل الأمراض المزمنة. وبلغت نسبته في مدينة نابلس (30.5%) من مجمل الأمراض المزمنة فيها. وفي الريف (27.7%). ونلاحظ أن النسبة ترتفع في المدينة بسبب طبيعة الحياة والعمل، وفي الريف مرتفعة أيضاً بسبب شيوع ظاهرة زواج الأقارب بدرجة كبيرة، وخاصة أن هذا المرض وراثي في حالات كثيرة منه.

### 3-أمراض الدم (الثلاسيميا):

ويحدث هذا المرض نتيجة خلل في هيموجلوبين كريات الدم الحمراء، وهو المسؤول عن حمل الأكسجين إلى جميع أنحاء الجسم، ويؤدي هذا الخلل إلى تغير في شكل كريات الدم الحمراء، مما يسبب انسداد الأوعية الدموية، ويحدث آلاماً متفرقة في الجسم كما ينتج عن ذلك تكسر في كريات الدم الحمراء وهبوط في نسبة الهيموجلوبين، وعليه يصبح المرض نوعاً من أنواع فقر الدم (Anemia). ويعتقد بأن أصل هذا المرض أفريقي، لأن أفريقيا بها أعلى معدل تركز لجين الثلاسيميا في العالم، وهي منتشرة في جميع أنحاء العالم وخاصة شواطئ البحر الأبيض المتوسط[1]. ويعتبر هذا المرض وراثياً، فإذا كان كلا الوالدين مصابين بالمرض فإن هناك فرصة (25%) لحدوث المرض لدى الطفل في كل حمل[2]. وسبب الوفاة بهذا المرض يرجع لتراكم الحديد في الجسم الناتج عن تكسر كريات الدم الحمراء، ويمكن التخفيف منه التخلص من الحديد الزائد[3]. وبلغت نسبة المصابين بهذا المرض في مدينة المنامة البحرينية لعام 1999 (21.20%) من جملة المرضى[4]. وبلغ أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (4728) مريضاً في العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية [5].

---

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[7]Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 99.

[1] العريض، شيخة. (1995). الوقاية خير من العلاج. المطبعة الحكومية، وزارة الإعلام، دولة البحرين، ص 27.

[2] الوليعي، عبد الله بن ناصر. التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية. (1411هـ–1991م).

[3] مجلة طبيبك الخاص. الهلال الأحمر المصري، سنة 29، عدد 343، 1997، ص ص 46–49.

[4] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 75.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

وفي العام 1999 (5224) مريضاً[6]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ 1 لكل 1000 نسمة في المحافظة، وهي نسب متدنية في المحافظة بسبب اشتراط الفحص القبلي عن المرض قبل الزواج من الجهات الشرعية والطبية. ولم يظهر من نتائج الدراسة أي حالة في المدينة، وظهرت في الريف بنسبة (2.2%) من جملة الأمراض المزمنة في الريف. ولم تظهر في المدينة بسبب زيادة الوعي عند المواطنين لضرورة الفحص قبل الزواج لاكتشاف المرض، بالإضافة لسهولة الفحص في المدينة لتوفر الإمكانيات الطبية أكثر من الريف.

### 4-أمراض العظام والروماتيزم:

تنتشر هذه الأمراض على مستوى العالم بشكل عام، وفي منطقة الشرق الأوسط بشكل خاص، وتشتهر باسم الروماتيزم، وترتبط بالآلام التي تصيب المفاصل وأطراف الجسم والعمود الفقري أو ما يسمى بالنظام الحركي للإنسان (Locomotor System)، وتكون هذه الأمراض مصحوبة في تحديد الحركة عند المريض أو تورم أحد مناطق الجسم أو الأجزاء الحركية كالقدم أو الركبة أو الكوع أو الكتف[1]. ويتأثر هذا المرض بشدة التبريد الجوي، وهو التأثير المشترك لدرجة الحرارة والرياح، وتلعب رطوبة الهواء دوراً هاماً في انتشار الروماتيزم لأنها تؤثر على التوصيل الحراري للجليد وعلى سرعة تبخر العرق وتبخر البلولة من الملابس مما يؤثر على عمليات التنظيم الحراري للجسم. فقد لوحظ في بريطانيا وفرنسا أن نسبة عالية من المصابين بالأمراض الروماتيزمية المزمنة هم من سكان المساكن الرطبة ومن سكان الأدوار الأرضية، وأن كثيراً من الجنود الذين قضوا فترات طويلة في خنادق رطبة عادوا من الحرب وهم يعانون من آلام روماتيزمية مزمنة[2]. كما أن المرض قد ينتج عن إرهاق عصبي أو جسماني، أو نتيجة مشاكل عامة في الجسم، وإذا استمر المرض فإنه يؤدي إلى تلف في المفاصل وانحرافها، مما يؤدي إلى تشوهات واعوجاج في مناطق عدة من الجسم وخاصة في الأطراف[3]. وبلغ أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (6234) مريضاً من مرضى

---

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[1] Stamp, D (1965). The Geography of life and Death". Collins, London.

[2] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 81.

[3] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 79.

العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية[4]. وفي العام 1999 (6191) مريضاً[5]. وأظهرت نتائج الدراسة الحالية من خلال المسح الميداني أن نسبته تبلغ (10.6) لكل 1000 نسمة، وفي المدينة (14.6%) من جملة المرضى في المدينة، وفي الريف (18.9%).

## 5-أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية:

نسبة الإصابة بهذه الأمراض في المناطق الحارة والمدارية أكثر من غيرها في دول العالم، حيث يزيد استخدام المياه الملوثة، كما ترتبط هذه الأمراض بالظروف البيئية والاقتصادية والوراثية. ومن مسببات هذه الأمراض أيضاً استخدام المبيدات والمواد الحافظة في الأغذية، بالإضافة لتغير أنماط السلوك الغذائي والمعيشي للسكان، كما تزيد نسبة الإصابة بهذه الأمراض في المناطق التي تعتمد على المياه الجوفية[1].

وتقسم أمراض الكلى إلى قسمين هما:

1-التهاب النسيج الكلوي، والذي يسبب رشحاً في الأنسجة وبشكل خاص الأطراف السفلى بسبب ما يتخلف في الدم من مواد كيميائية، ومع مرور الوقت يصاب المريض بارتفاع في ضغط الدم وضعف في القلب، كما يتكون الزلال في بول المريض.

2-الإصابات الجراحية للكلى بسبب إصابتها بالحصى، وبالتالي بالأورام، ويسبب ذلك انحسار البول مع آلام شديدة، غير أن الإصابة بالأمراض الجراحية للكلى يبقى أقل خطراً من التهاب النسيج الكلوي[2]. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (882) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية [3]. وفي العام 1999 (726) مريضاً[4]. أما التهاب المسالك البولية فيشكل أحد المشاكل الصحية الشائعة لدى الإناث في مختلف أعمارهن، وتكثر الالتهابات أيضاً عند وجود أمراض مزمنة مثل تكوّن الحصى في

---

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[1] اللبان، خلف الله حسن. (1998). مرجع سابق، ص 161.

[2] كن طبيب نفسك. (1996). ترجمة (اميل خليل بيدس)، منشورات دار الآفاق الجديدة، بيروت، ص 32.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

الكلية أو المثانة أو مرض السكري[5]. وبلغت أعداد المصابين به في محافظة نابلس في العام 1998 (3177) مريضاً[6]. وفي العام 1999 (215) مريضاً[7]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (3.6) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (4.9%) من جملة المرضى المزمنين في المدينة، وفي الريف (5.5%).

### 6-الأمراض الصدرية والجهاز التنفسي:

ومن العوامل المسببة لهذه الأمراض الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية وسلوك وعادات السكان وعوامل البيئة المتدهورة والتلوث الناتج عن الصناعات الكيماوية والإسمنتية، بالإضافة للتدخين والعمل في المحاجر والأماكن التي تعد مناسبة لانتشار الأمراض الصدرية. وتساعد اتجاهات الرياح السائدة في انتشار الهواء الملوث، وتعد المناطق المحيطة بهذه المصانع مناطق خطر (Risk Areas) أو مناطق الموت[1].

ويعد السل الرئوي (الدرن) من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم الثالث، وخاصة في أفريقيا. وتبلغ الوفيات الناتجة عن الإصابة به سنوياً ما بين (2-3) مليون نسمة[2]. وتشير الإحصائيات الطبية لعام 1993 أن (95%) من هذا المرض ينتشر في البلدان النامية[3]. وفي مصر بلغ معدل الوفيات من مرض الدرن (5.2) لكل مائة ألف نسمة سنة 1977[4]. وتعد الأمراض الصدرية في مصر من الأمراض المسببة لنسبة عالية من الوفيات بما يعادل (14.4%) للذكور، و(10.4%) للإناث من جملة المرضى على مستوى المستشفيات العامة والمركزية لسنة 1993[5]. وبلغت نسبة المصابين بهذا المرض في مدينة المنامة البحرينية لعام 1999 (12.24%) من جملة المرضى[6]. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة

---

(5) اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية. برنامج التثقيف الصحي، التهابات المسالك البولية، نشرة إرشادية، 2002.

(6) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

(7) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

(1) اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 149.

(2) اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 149.

(3) جابر، محمد، والبنا، فاتن. (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية. مرجع سابق، ص 242.

(4) شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 327.

(5) اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 150.

(6) العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 80.

نابلس في العام 1998 (139) مريضاً في العيادات الخارجية فـــي المستشـــفيات الحكوميـــة[7]. وبلغت نسبة الإصابة بهذا المرض في فلسطين للعام 2000 (0.6%). وأظهرت نتائج الدراســـة أن نسبته تبلغ 3 لكل 1000 نسمة في المحافظة، وهي نسبة قريبة من نتائج الدراســـة الحاليـــة، وفي المدينة (4.9%) من جملة المرضى المزمنين في المدينة، وفي الريف (3.3%)، ونلاحـــظ أن نسبة المدينة أعلى من الريف، وهذا يرجع إلى تلوث الهواء المحيط بها والناتج عن المصانع القريبة منها، وخاصة مدينة نابلس الصناعية شرقي المدينة، كما أن المدينة تمتاز بكثافة سكانية عالية.

### 7-أمراض الجهاز الهضمي:

ومن أهمها الإسهال (Diarrhea)، وهو زيادة عدد مرات التبرز عن المعتاد، وقد يكـــون الإسهال أولياً مصاحباً لعدوى، أو يكون ثانوياً مصاحباً لأعراض أخرى لمرضى سببه معروف، وقد يكون ناتجاً عن أسباب أخرى كالتسمم الغذائي أو الحساســـية أو الاضـــطرابات الأيضـــية الناجمة عن الاضطرابات العاطفية، بالإضافة للمواد المهرشة للأمعاء[1]. ويعد الإســـهال مـــن الأمراض التي ترتبط بالتلوث، وخاصة تلوث المياه والغـــذاء، والســـلوك الصـــحي والنظافـــة. ويصيب هذا المرض الصغار أكثر من الكبار[2]. ويعتبر الإسهال من أهـــم مســـببات أمـــراض الجهاز الهضمي، ومن مسببات الوفاة، وخاصة لدى الأطفال في أفريقيا، حيث تصـــل معـــدلات الوفاة نتيجة هذا المرض (19%) من الوفيات[3]. وبلغ عدد الوفيات الناتجة عن مرض الإسهال في محافظة نابلس للعام 2000 حالة واحدة لكل 100 ألف نسمة[4].

ومن أمراض الجهاز الهضمي قرحة المعدة: وهي عبارة عن نقص مادي جزئي لغشـــاء المعدة، وتحدث عن متوسطي الأعمار وعند الذكور أكثر من الإناث، ويسببها خلل في العوامـــل المحافظة على الغشاء المخاطي، ويشكو المريض من ألم حاد في المعدة وغثيـــان نتيجـــة هـــذا المرض[5]. ومن أمراض الجهاز الهضمي أيضاً التهاب المعدة: وهو عبارة عـــن التهـــاب فـــي

---

[7] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[1] جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. مرجع سابق، ص 467.

[2] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 166.

[3] جابر، محمد، والبنا، فاتن. (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية. مرجع سابق، ص 247.

[4] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 149.

[5] الخطيب، عماد إبراهيم. (1997). علم الأمراض. ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ص 200.

مخاطية المعدة، وهو إما مؤقت أو مزمن، ومن أسبابه الجراثيم العصوية والكحول والتـــدخين، ومن أعراضه الغثيان وآلام البطن[6].

ومن هذه الأمراض التهاب الكبد الوبائي: ويتسبب هذا المرض عن فيروسي (a, b)، وإذا نتج عن فيروس (a) يكون أسهل مما لو نتج عن فيروس (b)، فالالتهاب الذي يسببه الفيـــروس (a) ينتقل بواسطة المياه الملوثة والأيدي المتسخة والبراز، أما فيروس (b) فينتقل عن طريـــق الدم أو اللعاب والبول، وهو أشد خطورة من فيروس (a). ويسبب هذا المرض اليرقان، حيـــث تعجز خلايا الكبد عن إيصال الصفراء إلى القنوات الصفراوية. ويمكن أن يؤدي هذا المـــرض إلى الوفاة[1]. وتمثل أمراض الجهاز الهضمي نسبة كبيرة من المرضى في المستشفيات، وعلـــى سبيل المثال، بلغت نسبة مرضى الجهاز الهضمي في مصر لعـــام 1993 (20.6%) للـــذكور، و(14.2%) للإناث من جملة المرضى، وتساهم هـــذه الأمـــراض بنســـبة (5.7%) للـــذكور، و(4.2%) للإناث من نسبة الوفيات[2]. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نـــابلس في العام 1998 (204) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكوميـــة [3]. وفي العام 1999 (215) مريضاً[4]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (3.3) لكـــل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (4.9%) من جملة المرضى في المدينة، وفي الريف (6.6%).

### 8-الأمراض الجلدية:

ومن العوامل التي تساعد على انتشارها التزاحم السكاني، وحركـــة الســـكان والظـــروف الاجتماعية والسلوك الصحي، وخاصة استعمال الأدوات والملابس الخاصة بالأشخاص المرضى دون مراعاة الأضرار الناتجة عن ذلك، ووجود الحيوانات الخازنة لميكروباتها والحشرات الناقلة لها، وانخفاض مستوى المعيشة، ومستوى النظافة وسوء التغذية، بالإضافة إلى تـــدهور البيئـــة السكنية[5]. ومنها أمراض جلدية معدية وأخرى غير معدية. ومن الأمراض المعدية تقيح الجلد،

---

[6] الخطيب، عماد إبراهيم. (1997). مرجع سابق، ص 198.

[1] نعمة، حسن. (1995). الأمراض، أسبابها ومظاهرها. ط2، شركة رشاد برس، بيروت، لبنان، ص 96.

[2] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 166.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[5] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 154.

وتنتج العدوى عن طريق دخول الميكروبات إلى الجسم عبر الوخز وغيره، وينتقـل المـرض بالاحتكاك المباشر من الجسم المريض إلى السليم أو بوساطة وسـائل وآلات ملوثـة، وينتشـر المرض غالباً في بلدان الطقس المعتدل، حيث تبلغ نسبة حصوله حوالي (70%) فـي فصـلي الخريف والشتاء، ويصيب الذكور بنسبة (5.2%) والإناث بنسبة (4.5%)، وذلك بسبب عمـل الرجال أكثر من الإناث في الوسط الإنتاجي الملوث[6]. وتدل الإحصـاءات الطبيـة علـى أن معدلات الإصابة بالأمراض الجلدية تبلغ أعلاها بين شعوب الأقاليم المدارية في أفريقيا وآسـيا، أما الشعوب المتقدمة فقد نجحت في مكافحة معظم هذه الأمراض حتى أنها كادت تختفـي مـن معظمها، وذلك نتيجة لارتفاع الوعي الصحي وتوفر الرعاية الطبية ووسائل العلاج[1].

ومن الأمراض الجلدية الحساسية: وهو مرض من أمراض العصر الحديث، وهو عبـارة عن تفاعل معين نتيجة إفراز مواد معينة من داخل الجسم نفسه أو نتيجة شئ خـارجي يسـتجد على الشخص المعرض للإصابة. وأعراضه تختلف باختلاف النسيج أو العضو الـذي سـوف يصاب بالمرض، ويصيب الجلد مثل الأكزيما والارتكاريا. ومن أسباب الإصـابة بالحساسـية: تغير فصول السنة والتي تؤثر على العمليات البيولوجية للإنسان، وبعض الأدويـة والأطعمـة والمواد الحافظة للأطعمة، والاضطرابات النفسية والعاطفية والقلق، بالإضـافة إلـى العوالـق المنتشرة في الجو مثل التراب وحبوب اللقاح[2]. وبلغت أعداد المصابين بهـذا المـرض فـي محافظة نابلس في العام 1998 (381) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشـفيات الحكومية[3].

ومن الأمراض الجلدية الواردة في الدراسة الحالية كذلك مرض الذئبة الحمـراء، والتـي تعرف اختصاراً (S.L.E) (Systemic Lupus Erythutosus)، وهو مرض ينتشر في جميع أنحاء الجسم، وأسماه العرب الذئبة الحمراء، وأسبابه غير معروفة، وترد في الغالب بسبب خلل في جهاز مناعة الجسم[4]. وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض الجلدية في محافظة أسيوط المصرية لعامي 1994/1993 (11.43%) من جملة المرضى في العيادات الخارجية، وتعتبر هذه النسبة

---

(6) جعفر، حسان، وجعفر، غسان. (1994). الكتاب الطبي للأمراض الجلدية. دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، ص 10.

(1) شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 331.

(2) رفعت، محمد. (1999). الأمراض الجلدية والحساسية. دار المعرفة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، ص ص 233-236

(3) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

(4) د.غازي عثمان السرطاوي. مقابلة شخصية، تموز 2003.

مرتفعة، ويرجع ذلك لزيادة عدد السكان ودرجة التزاحم السكاني وارتفاع نسبة الأمية والسلوك الصحي للسكان[5]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (2.7) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (3.6%) من جملة المرضى المزمنين في المدينة، وفي الريف (4.5%). وهي مرتفعة في الريف لانتشار الحشرات والبعوض أكثر من المدينة، بالإضافة أن البلديات في الريف لا تقوم بعمليات الرش للقضاء على الحشرات بشكل منتظم.

## 9-أمراض الجهاز العصبي والدماغ:

وهي من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان، ويبلغ عدد الأمراض العصبية والنفسية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية (W.H.O) (26) نوعاً من الأمراض التي تصيب الإنسان. ولا تقتصر هذه الأمراض على المجتمعات الصناعية فقط وإنما تعدتها إلى مجتمعات العالم الثالث، بسبب التغير الاجتماعي والحضاري السريع. ومن أسبابها الظروف الاقتصادية والاجتماعية، والتزاحم السكاني في مساحات ضيقة، وانخفاض مستوى المعيشة، مما أدى إلى عدم التلاؤم بين الدخل ومتطلبات الحد الأدنى للحياة، والبطالة في قطاعات الشباب حديثي التخرج، بالإضافة للتدهور في الظروف السكنية والبيئية، وهذا ما توضحه الأرقام والإحصائيات العالمية في هذا المجال[1]. وبالإضافة للأسباب السابقة يمكن إضافة ظروف الاحتلال الإسرائيلي وسياساته في فلسطين، والتي تتصف بالإرهاب العسكري والنفسي على السكان، والتي تؤدي إلى مثل هذه الأمراض على المدى البعيد.

ومن هذه الأمراض السكتة الدماغية، وتزداد الوفيات بها خلال شهري كانون ثاني وشباط، وتقل في شهري تموز وآب، ويحدث في هذا المرض شلل مفاجئ وإغماء نتيجة لتسرب السائل النخاعي أو تفجر الدم في خلايا المخ. ويعد الصرع (Epilepsy) أحد هذه الأمراض وتظهر علاقة هذا المرض بأحوال الجو، حيث أن المصابين به يعانون من ذبذبات شبه فصلية، وتزداد في شهري تشرين ثاني وكانون أول، بالإضافة إلى شهر أيار، وتقل في فصل الصيف بشكل عام[2]. ومن هذه الأمراض أيضاً الشلل الرعاشي المشهور بمرض باركنسون

---

[5] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 154.

[1] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص ص 170-171.

[2] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص ص 84-85.

(Parkinsonism)، والذي له علاقة مباشرة بإصابة الأعصاب المسؤولة عن العضلات بتلف معين يؤدي إلى المرض. ومن هذه الأمراض أيضاً والتي وردت في هذه الدراسة الشلل النصفي، والذي يصيب النخاع الشوكي في العمود الفقري للإنسان، بالإضافة لتلف الأعصاب المسؤولة عن الحركة في الجسم. ومن هذه الأمراض أيضاً الفصام (الشيزوفرانيا) (Schizophrenia)، وهي إعاقة عقلية، وتزداد نسبة الإصابة بهذا المرض عند حدوث كتل هوائية حارة قارية، وتصل قمتها في أشهر تشرين ثاني وكانون أول وكانون ثاني، أي في فصل الشتاء، ويظهر من الدراسات أن الظروف الجوية السيئة مثل المطر الغزير أو العواصف الثلجية لا تؤثر على استقرار المصابين بالفصام، بينما يكون لها تأثير قوي على مزاج الأشخاص العاديين[1].

وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (2006) مريضاً في العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية[2]. وفي العام 1999 (2361) مريضاً[3]. وبلغت نسبة الإصابة بهذا المرض في فلسطين للعام 2000 (36) لكل 100 ألف نسمة. وفي محافظة نابلس (34.5) لكل 100 ألف نسمة[4]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (2.7) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (3.6%) من جملة المرضى المزمنين في المدينة، وفي الريف (4.5%)، وهذا يرجع إلى الظروف الاقتصادية الصعبة، وقلة فرص العمل في الريف، بالإضافة لظروف الاحتلال الإسرائيلي، والقمع الذي يتركز بدرجة كبيرة فيها.

### 10-أمراض السرطان:

وهو نمو غير طبيعي للخلايا غير معروف السبب، وينتج عن عوامل وراثية وبيئية وأنواع معينة من الغذاء وإشعاعات ومواد كيماوية[5]. وتبين أن أكثر من (80%) من مسببات السرطان مرتبطة بالظروف البيئية، وأكثر أنواع السرطان شيوعاً سرطان الرئة. ويقدر أن (10%) من الوفيات على مستوى العالم تعزى لمرض السرطان بأنواعه المختلفة، وبلغت نسبة

---

[1] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 85.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[4] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 234-235.

[5] Corinne, H. Robinson. (1987). "Normal and Therapeutic Nutrition".

الوفيات به في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين حوالي (4.3) مليون نسمة، وبلغ عدد المرضى به في نفس الفترة الزمنية 6 ملايين نسمة. أما بالنسبة لمعدل الإصابة بالسرطان على مستوى العالم في العام 2000 فبلغت 8 ملايين نسمة. أما بالنسبة لمعدل الإصابة بالسرطان في بعض دول العالم لعام 1998 مقارنة بعدد المصابين لكل مائة ألف من السكان فبلغت كالآتي: في دولة الإمارات العربية 8 نسمة لكل 100 ألف نسمة، وفي مصر 18.7، والعراق 15.6، والولايات المتحدة 156.95، وبريطانيا 150.7، والصين 99.85، ويعتبر مرض السرطان في المرتبة الثانية من مسببات الوفاة في الولايات المتحدة بنسبة (15%)، وبعدد 140 مريض لكل 100 ألف نسمة، وتأتي بعد أمراض القلب والأوعية الدموية، والتي تعتبر المسبب الأول للوفاة بنسبة (50%) من الوفيات[1]. ويبلغ معدل الوفاة في مصر 10 مرضى لكل مائة ألف نسمة[2]. وقد كشفت الدراسات أن سرطانات الجلد والجهاز التنفسي لها علاقة موجبة مع درجة الحرارة، بعكس سرطانات الجهاز الهضمي والثدي[3]. وأهم أسباب الإصابة بمرض السرطان ما يأتي:

1-استعداد جيني (وراثي).

2-ممارسات يومية خاطئة: كالتدخين أو الجلوس جانب المدخنين أو تعاطي المخدرات.

3-تلوث البيئة: كتلوث الهواء بدخان المصانع وعوادم السيارات، وتلوث المياه بالمجاري.

4-تناول الغذاء الضار الملوث كيماوياً بشكل مقصود.

5-الإشعاعات: كالتعرض لأشعة الشمس مباشرة لمدة طويلة أو التعرض للإشعاعات النووية.

6-الكيماويات: مثل تناول الأصباغ والعلاجات الكيماوية الأخرى بشكل مباشر أو غير مباشر.

7-الفيروسات: مثل فيروس الإيدز، وفيروس التهاب الكبد، وفيروس الحمى[4].

أما أشهر أنواع السرطانات فتتمثل في: سرطان الرئة، سرطان الدم، وسرطان المريء، سرطان المعدة، وسرطان الكبد. وبلغت وفيات جميع أنواع السرطان في فلسطين للعام 2000 863 حالة لكل 100 ألف نسمة[5]. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (5282) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية. وفي

---

[1] جابر، محمد، والبنا، فاتن. دراسات في الجغرافيا الطبية. مرجع سابق، ص ص 156-157.

[2] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص ص 156-157.

[3] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 85.

[4] أبحاث المؤتمر الفلسطيني الأول حول "مرض السرطان بين الوقاية والعلاج". المنعقد في الفترة الزمنية بين 5-6 كانون أول 1996 جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، نابلس، فلسطين.

[5] Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 116.

العام 1999 (5696) مريضاً[6]. ونلاحظ ارتفاع في أعداد المصابين بأمراض السرطان بين عامي 1998، و 1999. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (3.3) لكل 10 آلاف نسمة في المحافظة، وأظهرت الدراسة أن نسبة الإصابة بهذا المرض قليلة جداً، وذلك بسبب أن قسم كبير من المصابين بهذا المرض لا يعلمون بوجود المرض لديهم، لأن هذا المرض يحتاج إلى فترة زمنية طويلة حتى يظهر بشكل مرضي، وبعضهم لا يرغبون بالإفصاح عن إصابتهم بهذا المرض.

### 11-الأمراض الهرمونية والتمثيل الغذائي:

ومن أهم الأمراض الهرمونية تضخم الغدة الدرقية (الدراق) (Goiter)، ويرتبط هذا المرض ارتباطاً وثيقاً بفقر التربة والماء من عنصر الأيودين، والذي يرتبط بالتركيب المعدني للصخور التي تستمد منها التربة والتي تتجمع المياه في فراغاتها أو طبقاتها، ويطلق على هذا المرض في الجغرافيا الطبية اسم نطاق الدراق، ويؤدي نقص اليود إلى تضخم الغدة الدرقية. ويحتمل أن يكون السبب في توطن هذا المرض هو زحف الجليد عليه وتعرضه لكثير من الفيضانات، مما أدى إلى تصفية تربته من بعض العناصر ومن بينها الأيودين. ويتوطن هذا المرض في مناطق مختلفة في العالم وكلها تشترك في فقر تربتها ومياهها لعنصر الأيودين. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (290) مريضاً. وفي العام 1999 (305) مريضاً[1]. ومن أهم أمراض التمثيل الغذائي النقرس (داء الملوك) (Gout)، وعرف هذا المرض منذ قديم الزمان، حيث وصفه أبو قراط في القرن الخامس قبل الميلاد. ويحدث هذا المرض نتيجة ارتفاع نسبة حمض البوليك في الدم والناتج عن التمثيل الغذائي لمادة تسمى (البيورين) الموجودة في الخلايا والبروتينات، ونتيجة لارتفاع نسبة حمض البوليك تترسب بللورات في المفاصل وما حولها، محدثة بها التهاباً حاداً، كما تحدث أيضاً التهاباً حاداً في الكليتين، أو تكوّن حصوات بهما، وتزداد عادة نسبة حمض البوليك في الأشخاص ذوي الأجسام الكبيرة مع السمنة. ويحدث مرض النقرس بنسبة (2-4) في كل 10 آلاف فرد، وتزداد نسبته مع التقدم في السن، وتصل إلى 15 في الألف في سن (35-40)، بنسبة حدوث (5%) في السنة في الذين يرتفع نسبة حمض البوليك عندهم إلى تركيز 90 ملليجرام في الدم، ولا ترتفع

---

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

هذه النسبة في الإناث إلا بعد سن اليأس مع نقص هرمونات الأنوثة فيهن، وقد ترتفع نسبة حمض البوليك لفترة تصل إلى (20–30) سنة قبل ظهور مرض النقرس، الذي يظهر عادة في العقد الرابع إلى السادس من عمر المصاب[2]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة هذه الأمراض تبلغ (1) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (2.5%) من جملة المرضى المزمنين في المدينة، وفي الريف (1.2%). وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع إحصاءات وزارة الصحة فيما يتعلق بهذه الأمراض.

## 2.3.5 علاقة الأمراض المزمنة بالعمر والجنس:

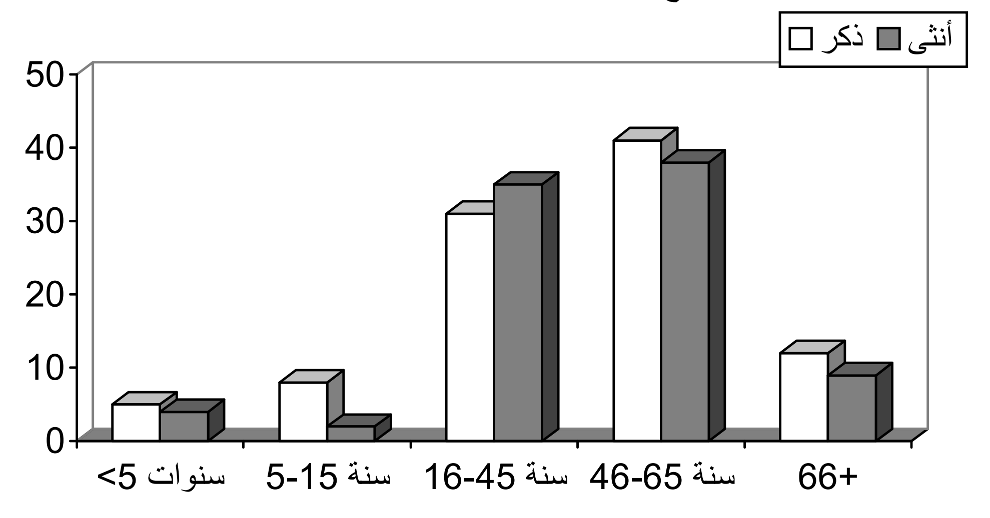
ترتبط الأمراض المزمنة بالعمر، فكلما تقدم العمر كلما زادت الأمراض المزمنة، ونلاحظ من خلال الشكل أن أعلى فئة مصابة بالأمراض المزمنة هي الفئة من (46–65) سنة، وذلك لأن الأمراض المزمنة من نتائج الشيخوخة، لأنه كلما تقدم الإنسان في السن كلما قلت مقاومته للأمراض، وزادت نسبة ترسبات السموم والدهون في جسمه، ومن أسبابها قلة الرعاية الصحية، ونلاحظ أيضاً في هذه الفئة أن الرجال هم أكثر إصابة بالأمراض المزمنة، وذلك لارتفاع نسبة المصابين بالسكري من الرجال كما أظهرت الدراسة، وهذا يتفق مع الدراسات الصحية، حيث أن نسبة الإصابة بالسكري بين الذكور أكثر من الإناث. تليها الفئة من (16–45) سنة. ثم الفئة 66 فأكثر، وأعطت نسبة قليلة بسبب قلة عددهم بالمقارنة مع الفئة من (46–65) سنة. أما الفئة أقل من 15 سنة، فنسبة إصابتهم بالأمراض المزمنة قليلة وذلك لأنهم أكثر مقاومة للأمراض وهم في مرحلة النمو والتطور، ونسبة ترسب السموم والدهون لديهم أقل. ويشير الشكل (13) إلى توزيع المرضى المزمنين حسب العمر والجنس.

الشكل (13)

---

[2] البشلاوي، آمال. (1993). النقرس داء الملوك. مجلة طبيبك الخاص، دار الهلال، القاهرة، عدد 295، سنة 25، ص19.




المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 1.4.5 الأمراض غير المزمنة:

وتشمل الأمراض التالية:

**1-أمراض الجهاز التنفسي:**

وهي الأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي للإنسان، وترتبط عـادة بتغيـرات المنـاخ والطقس وفصول السنة. ومن أهم هذه الأمراض الالتهابات التنفسية، وتكثر لدى الأطفـال فـي موسمي الخريف والشتاء، وتتميز في أعراض الرشح والسعال، وتصيب بعض أعضاء الجهـاز التنفسي، مثل التهاب الحلق، واللوزتين، والتهاب الأذن الوسطى، والتهاب الرئتين وغيرهـا[1]. ومن هذه الأمراض الربو: ومن أعراضه الشعور بضيق شديد في الصدر وصعوبة في التنفس، وكثيراً ما يصفر المصاب أثناء التنفس ويكثر سعاله للتخلص من المادة المخاطيـة المصـاحبة للمرض، وأسباب هذا المرض متعدد، ومنها العامل الوراثي، وهو أن يرث المريض عن والديه رئتين ذوات حساسية عالية، بالإضافة إلى التوتر والإرهاق، والظروف البيئية المحيطـة. أمـا الربو الشعبي فيصيب الشعيبات الهوائية التي تحتوي على عضلات مهمتها التحكم بدخول الهواء من وإلى الحويصلات الهوائية، والتي تتعرض إلى انقباض مع احتقان الغشاء المخـاطي، ممـا يصعب خروج الهواء فيضطر المصاب لبذل جهد لإخراج الهواء فيضطر للسعال، ومن أسباب

---

[1] الالتهابات التنفسية الحادة عند الأطفال، اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية، تشرين ثاني 1997، ص 121.

الربو الشعبي الحساسية من بعض الأطعمة والأدوية، والحساسية من الأتربة أو من تغيرات الجو والأدخنة والغازات، وفضلات الحيوانات، بالإضافة للانحرافات النفسية والتي لها أثر هام في هذا المرض[2]. ومنها أيضاً النزلة الشعبية الحادة، وهي من أكثر الأمراض التي تصيب الأطفال وضعاف البنية، وتحدث نتيجة الإصابة بالبرد أو التهاب اللوزتين لدى الأطفال أو نتيجة حساسية في الجسم، أو كإحدى مضاعفات الحصبة والانفلونزا وغيرها من الحميات، أو تنتج من تهيج الجهاز التنفسي للغازات[3]. وتزداد الإصابة بالنزلة الشعبية في المدن الصناعية التي ترتفع بها نسبة الدخان وثاني أكسيد الكبريت وثاني أكسيد الكربون، ويحدث ذلك بصفة خاصة في الهواء الرطب، لأن الماء يذيب ثاني أكسيد الكبريت ويحوله إلى قطيرات من الحامض الكبريتي الذي يؤدي إلى التهاب الشعيبات[4]. ومن هذه الأمراض أيضاً الزكام وهو مرض فيروسي يحدث احتقان في مخاطية الأنف مع إفراز سائل مخاطي شفاف، وقد يؤدي إلى زيادة إفراز الغشاء المخاطي مؤدياً لنمو الجراثيم ليصبح الإفراز اللزج صديداً ومحتوياً على الخلايا الالتهابية، وقد يمتد الالتهاب ليشمل البلعوم والحنجرة والجيوب الأنفية والقصبات الهوائية[1]. ومن أمراض الجهاز التنفسي كذلك الإنفلونزا (الرشح)، وهو عبارة عن مرض فيروسي يصيب الجهاز التنفسي للإنسان، وهناك ثلاثة أنواع من الفيروسات التي تسبب المرض وهي (A, B, C)، وفيروس (A) يصيب الإنسان والحيوان، وهو متغير بشكل مستمر، وفيروس (B)، ويصيب الإنسان فقط ويتغير ولكن بشكل بسيط، أما فيروس (C) فلا يتغير شكله وليس له تأثيرات سلبية مثل فيروسي (A, B). وتنتقل هذه الفيروسات بجميع أنواعها عن طريق التنفس، وتحدث تدميراً للخلايا في الأنف والحنجرة ثم تنتقل للدم، وتتراوح فترة الحضانة بها من (24–48) ساعة. ومن أعراض هذا المرض العطس والسعال والتهاب في الحلق وألم في العضلات وارتفاع في درجات الحرارة[2]. ومن هذه الأمراض كذلك التهاب اللوزتين: والمسبب لها غالباً الجراثيم المقيحة، حيث يحدث التهاب الأغشية المخاطية والتجمعات اللمفاوية في اللوزة مؤدياً بذلك إلى كبرها، وقد يكون الالتهاب حاداً أو مزمناً. ويكون الالتهاب الحاد على ثلاثة أشكال: نزلي، وجرابي، وغشائي، وعند تكرار الالتهاب الحاد يصبح مزمناً. وتتمثل مضاعفات التهاب اللوزات الحادة

---

[2] نعمة، حسن. (1995). الأمراض، أسبابها ومظاهرها. مرجع سابق، ص 239.

[3] نعمة، حسن. (1995). الأمراض، أسبابها ومظاهرها. مرجع سابق، ص 48.

[4] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 83.

[1] الخطيب، عماد إبراهيم. (1997). مرجع سابق، ص 184.

[2] وزارة الصحة الفلسطينية، دائرة التثقيف والتعزيز الصحي، نشرة صحية، 2002.

في الآتي: الانتشار إلى الأعضاء المجاورة كالبلعوم والحنجرة والرغاص، والانتشار عبر الـــدم ليسبب التهاب العظم والنقي والثرب، والتهاب اللوزات المــزمن، وخــراج حــول اللـــوزتين، بالإضافة إلى الحمى الرئوية والتهاب الكلية[3]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلـــغ (24.3) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (80.7%) من جملة المرضى غير المزمنين فـــي المدينة، وفي الريف (51%). تم توزيع جزء كبير من استبانات الدراسة خلال فصـــل الشـــتاء، وهذا يبرز أثر المناخ في الإصابة بالأمراض غير المزمنة وخاصة أمراض الجهاز التنفســـي، وكذلك وجود مكب نفايات مدينة نابلس شرقي المدينة.

### 2-أمراض الكبد غير المزمنة:

وتتمثل هذه الأمراض بشكل أساسي بمرض الصفار، والذي ينتقل مـــن شـــخص لآخـــر، ويكون بشكل وباء ينتقل عبر الطعام أو الماء أو الحليب[4]. ومن أعراض هذا المرض الحرارة والقشعريرة، والغثيان، وفقدان الشهية، وحدوث ضعف تدريجي في الجسم، وقد يسبب آلاماً في البطن، ثم يتحول لون بشرة الإنسان للاصفرار، ويمكن أن ينتقل هذا المرض إلى الجنين، ممـــا يؤدي إلى مضاعفات في الكبد لدى الأطفال بعد الولادة، ولا يوجد أي علاج في الوقت الحـــالي لهذا المرض، ولكن يوجد لقاح يستعمل ضده قبل الإصابة به للوقاية منه[1]. وأظهـــرت نتـــائج الدراسة أن نسبته تبلغ (6.7) لكل 10 آلاف نسمة في المحافظة.

### 3-أمراض العيون:

تعتبر العيون اكثر أجزاء الجسم حساسية للجو، وقد أجريت كثيـــر مـــن البحـــوث علـــى التأثيرات الجوية على أمراض العيون حسب التوزيع الشهري للإصابة بها وهي كالتالي:

1-أن مرض الجلوكوما الحاد يكثر حدوثه في أبرد شهور السنة وأشدها حرارة، إلا أنهـــا تقـــل عموماً في الصيف عنها في الشتاء.

2-الانفصال الشبكي: ويزداد في فصل الصيف ويقل في فصل الشتاء.

3-التهاب الملتحمة: ويزداد في فصل الصيف، ويقل في الشتاء.

4-التهاب العين الحاد: ويكثر في فصلي الشتاء والربيع.

---

[3] الخطيب، عماد إبراهيم. (1997). مرجع سابق، ص 184.

[4] WWW. World Health Organization. net. 2000.

[1] دويك، عزيز، وآخرون. (2000). التربية السكانية في فلسطين. مرجع سابق، ص 204.

5-التراخوما: لم يظهر لها حتى الآن توزيع فصلي في الشرق الأوسط، ولكنها تكثر في الهند في فصلي الربيع والخريف[2].

ومن أمراض العيون الرمد الذي يرتبط بالظروف المناخية والبيئية، وتكثر الإصابة به في فصل الربيع، وخاصة في درجات الحرارة، كما تلعب الظروف السلوكية والاجتماعية في انتشار أمراض العيون، وخاصة استخدام الموقد (الكانون والفرن)، وخاصة في المناطق الريفية، والتي تستخدم لإعداد الطعام أو الخبز، حيث تتعرض الإناث في الغالب للتلوث الناتج عنها أكثر من الذكور، وكذلك استخدامها للتدفئة في فصل الشتاء[3]. وفي مدينة أسيوط المصرية بلغت نسبة إصابة الأفراد الذكور بأمراض العيون (57.58%)، بينما الإناث (42.42%) من جملة المرضى، ويتضح من ذلك ارتفاع نسبة الإصابة للذكور عن الإناث، وقد يرجع ذلك لطبيعة الأعمال التي يقوم بها الذكور أكثر من الإناث، والتي تعد مصدراً لأمراض العيون مثل: أعمال المخابز والمقاهي والمحاجر وغيرها من الأنشطة التي يمارسها الذكور دون الإناث[4]. وبلغت أعداد المصابين بهذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (4750) مريضاً[1]. وفي العام 1999 (5209) مريضاً من جملة مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية، أي بنسبة (9.8%)[2]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (2.3) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (3.9%) من جملة المرضى المزمنين، وفي الريف (10.2%)، وهي قريبة من نسبة مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية في المحافظة. ونلاحظ أعلى نسبة هي نسبة الريف، بسبب طبيعة الأعمال فيها مثل الأعمال الزراعية والعمل في المحاجر.

## 4-التهابات الأذن والحنجرة:

تلعب الظروف البيئية والوراثية والسلوكية دوراً في الإصابة بهذه الأمراض، وخاصة التلوث والضوضاء، ويعتبر التدخين من أكثر مسببات هذه الأمراض، كما تلعب الظروف المناخية دوراً خاصة في فصل الشتاء حيث تسود أمراض البرد، والتي لها آثارها على

---

[2] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص ص 87-88.

[3] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص ص 152-153.

[4] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 153.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

الحنجرة، ومن هذه الأمراض الانفلونزا. وبلغت نسبة المرضى المصابين بهذه الأمـراض فـي مصر للأعوام 1994/1993 (7.14%) من جملة المرضى[3]. وبلغ أعـداد المصـابين بهـذا المرض في محافظة نابلس في العام 1998 (2432) مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية[4]. وفي العام 1999 (2394) مريضاً[5]. وأظهرت نتـائج الدراسـة أن نسبته تبلغ (4.3) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (1.9%) من جملـة المرضـى المزمنين في المدينة، وفي الريف (24.5%)، وتختلف هذه النسبة مع جملة مرضـى العيـادات الخارجية في المستشفيات الحكومية، لأن معظم سكان الريف لا يفضلون العلاج في المستشفيات، ويكتفون بالعلاج في المراكز الصحية الأولية الموجودة في قراهم.

### 5-أمراض الأسنان والفم واللثة:

تلف الأسنان وتسوسها له علاقة بمعدل الفلورايد الموجود في مياه الشرب. وقد أظهـرت الدراسات الطبية في هذا المجال أن الفلورايد يقلل من تسوس الأسنان وتبقعها. وتقـوم بعـض الدول بإضافة الفلورايد لمياه الشرب لحماية أسنان الأطفال بصفة خاصة، وقد تبين بالفعـل أن هذه الطريقة قد أدت في بعض المناطق إلى تخفيض معدلات تلف أسنان الأطفال بنسبة (64%)، وبالإضافة إلى الفلورايد فقد أثبتت الدراسات أن وجود عناصـر مثـل الموليبيـديوم والليثيـوم والبورون في الماء يساعد كذلك على تقليل تسوس الأسنان[1]. وبلغت نسـبة المـراجعين فـي محافظة أسيوط المصرية لأمراض الأسنان والفم واللثة (6.03%) من جملة المرضـى للعـام 1994[2]. وبلغ أعداد المصابين بهذا المرض في محافظـة نـابلس فـي العـام 1998 (719) مريضاً[3]. وفي العام 1999 (939) مريضاً[4]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلـغ (6.7)

---

[3] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 167.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله – فلسطين، ص 35.

[1] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص ص 61-62.

[2] اللبان، خلف الله حسن. (1997). مرجع سابق، ص 169.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1998. رام الله – فلسطين، ص 35.

لكل 10 آلاف نسمة في المحافظة، وفي المدينة (2%) من جملة المرضى غير المزمنين، وفي الريف (2.1%). ونلاحظ أن هذه الأمراض تمثل أعداد قليلة، كما هو واضح في نتائج الدراسة، وإحصاءات وزارة الصحة. كما أن هناك أعداداً من المصابين بهذه الأمراض لم يعتبروها أمراضاً ذات أهمية ولذلك لم يقوموا بالتبليغ عنها.

### 6-الصداع النصفي (الشقيقة) (Migraine):

وتحدث أكثر إصاباته أثناء الاضطرابات الجوية المصحوبة بعواصف رعدية والزيادة المفاجئة في قوة الضوء بعد فترة غائمة والارتفاع في الضغط الجوي والانخفاض في الرطوبة النسبية والبرودة التي تعقب مرور الجبهات، ويحدث تأثير هذه الظروف بصفة خاصة على الأشخاص الذين لديهم الاستعداد للإصابة بهذا المرض، والذين ليس لديهم توازن حراري[5]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (3.3) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (7.7%) من جملة المرضى غير المزمنين، وفي الريف (12.2%).

## 2.4.5 علاقة الأمراض غير المزمنة بالعمر والجنس:

الأطفال هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير المزمنة، وذلك لسرعة تأثرهم بالظروف الجوية والمحيطة الطارئة، وكما هو واضح من الشكل أن أكثر الفئات إصابة بالأمراض غير المزمنة هي الإناث من فئة (أقل من 15 سنة)، وذلك بسبب أن الإناث يحظين باهتمام أقل من الذكور في الأسرة من حيث سرعة العلاج من المرض، وقلة الاهتمام بالتغذية بالمقارنة مع الذكور. أما في الفئة (16-45) فإن الذكور هم أكثر إصابة بالأمراض غير المزمنة، وذلك لأنهم يختلطون بصورة أكبر من الإناث مع البيئة المحيطة، ولأنهم أكثر خروجاً من المنازل، بالإضافة أن لديهم عادات صحية سلبية مثل التدخين وعدم الالتزام بأوقات تناول الطعام. أما في الفئات 46 فأكثر، فإن نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة من أقل المعدلات، إلا أنها بين النساء أعلى من الذكور. ويشير الشكل (14) إلى توزيع المرضى غير المزمنين حسب العمر والجنس في محافظة نابلس.

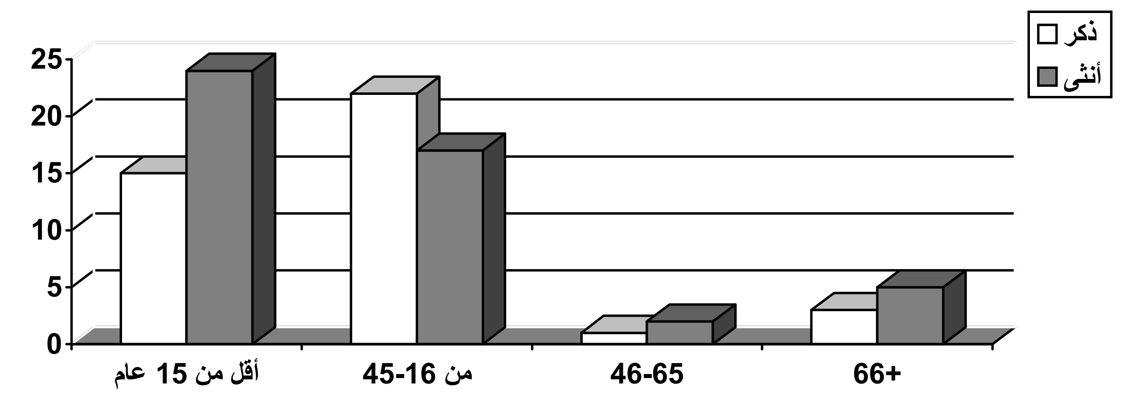
---

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية، 1999. رام الله - فلسطين، ص 35.

[5] شرف، عبد العزيز طريح. (1995). مرجع سابق. ص 85.

الشكل (14)

**توزيع المرضى غير المزمنين حسب العمر والجنس**




المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

## 5.5 الحوادث:

وعرّفتها وزارة الصحة الفلسطينية بأنها: الأمراض الطارئة على الأفراد والناتجة عن حوادث الطرق، والتسمم، والسقوط، والنار والدخان، والغرق، والقذائف الصاروخية والرصاص بأنواعه، والحوادث المنزلية، وحوادث أخرى[1]. وبلغ معدل الوفيات الناتجة عن الحوادث في فلسطين في العام 2000 (599) حالة لكل 100 ألف نسمة. كما بلغ معدل الوفيات الناتجة عن الحوادث في محافظة نابلس في العام 2000 (15) حالة لكل 100 ألف نسمة[2]. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبته تبلغ (2.7) لكل 1000 نسمة في المحافظة، وفي المدينة (62.5%) من جملة مرضى الحوادث، وفي الريف (37.5%). ويظهر أن النسبة مرتفعة في المدينة بسبب كثرة

[1]Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 135.
[2]Ministry of Health. The Status of Health in Palestine 2000, Annual Report, July 2001, p 149.

حوادث السيارات الناتجة عن الازدحام المروري داخل المدينة، بالإضافة للإصابات الناتجة عن الاحتلال الإسرائيلي بسبب كثرة الاجتياحات للمدينة.

# الفصل السادس

# تحليل المتغيرات البيئية وعلاقتها بالأمراض

## الفصل السادس

## تحليل المتغيرات البيئية وعلاقتها بالأمراض

### 1.6 مقدمة:

يبحث هذا الفصل في التحليل المكاني للخدمات الصحية والأمراض في محافظة نـــابلس، كدراسة في الجغرافيا الطبية. وتم في هذا الفصل توضيح نتائج الدراسة فيما يتعلــق بالتحليــل المكاني للأمراض في محافظة نابلس من خلال بيانات الدراسة التي تم جمعها عن طريق عينـــة

عشوائية منتظمة بين الأسر المقيمة في محافظة نابلس بعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) على الحاسوب واستخراج كافة المعلومات المنظمة والمجدولة التي لها علاقة بعينة الدراسة.

## 2.6 نتائج تحليل البيانات ذات العلاقة بالأمراض غير المزمنة:

### 1-علاقة ملكية المسكن بالأمراض غير المزمنة:

يوضح الجدول رقم (15) البيانات الخاصة بملكية المساكن سواء كانت ملك أو استئجار أو غير ذلك. ويتضح من الجدول أن النسبة الأكبر من المساكن مملوكة لأصحابها في عينة الدراسة وبنسبة (78.2%)، وسبب ارتفاع نسبة المساكن المملوكة أن الريف يمثل جزءاً كبيراً من الدراسة، وسكان الريف لا يحبذون المساكن المستأجرة، وقد بلغت نسبة المساكن المملوكة في محافظة نابلس لعام 1996 (69.7%)[1]، وبلغت نسبتها في الضفة الغربية 70%[2]، وهي نسبة قريبة من نسبة عينة الدراسة، يليها المساكن المستأجرة بنسبة (16.3%)، وهي نسبة المساكن المستأجرة للمحافظة لعام 1996 والبالغة (16.2%)[3]، وارتفاع نسبة الإيجار في نابلس يرجع إلى كونها مركزاً للعمل والتجارة والدراسة، وأخيراً خيار (غير ذلك) وبنسبة (5.5%) من عينة الدراسة، بينما بلغت النسبة في الضفة الغربية (8.4%)[4]، ويمكن تفسير ذلك بملكية هذه المساكن لوزارة الأوقاف كمساكن تابعة للمساجد أو أملاك غائبين خارج فلسطين كما تمّ رصده في استجابات المستجيبين على أداة الدراسة (الاستبانة).

ويبين الجدول رقم (15) أن قيمة مربع كاي بلغت (7.649)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05)، وهذا يدل على أن هناك علاقة بين ملكية المسكن والأمراض غير المزمنة. ويرجع ذلك بسبب أن معظم أصحاب المساكن المملوكة هم من ذوي الدخل المحدود. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة إصابة أصحاب الملك بالأمراض غير المزمنة (69.5%) بينما بلغت نسبة إصابة المستأجرين (23.7%)، أما نسبة فئة غير ذلك فبلغت (6.8%).

الجدول رقم (15)

علاقة ملكية المسكن بالأمراض غير المزمنة

---

[1] دائرة الإحصاء الفلسطينية، أيار 1996، مرجع سابق، ص 38.

[2] دائرة الإحصاء الفلسطينية، أيار 1996، مرجع سابق، ص 40.

[3] دائرة الإحصاء الفلسطينية، أيار 1996، مرجع سابق، ص 38.

[4] دائرة الإحصاء الفلسطينية، أيار 1996، مرجع سابق، ص 40.

| ملكية السكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| ملك | 78.2 | 69.5 | 25.3 | 81.8 | 74.7 | 2 | 7.649 | 0.022 |
| استئجار | 16.3 | 23.7 | 41.2 | 13.5 | 58.8 | | | |
| غير ذلك | 5.5 | 6.8 | 36.4 | 4.7 | 63.6 | | | |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**2-علاقة عدد دورات المياه في المسكن بالأمراض غير المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (16) توزيع أعداد دورات المياه في المساكن حسب التقسيم الموضح في الجدول. ويتضح من الجدول أن أكثر تكرار لعدد دورات المياه هو للفئة (2) بنسبة (51.7%) وخاصة في نظام الشقق السكنية والبيوت المستقلة، يليه الفئة (1) بنسبة (36.8%)، وأخيراً الفئة (أكثر من 3) بنسبة (11.5%) وخاصة في المساكن الكبيرة للعائلات الممتدة في جميع أماكن الإقامة في المحافظة كما يبين الجدول رقم (16) كذلك أن قيمة مربع كاي (6.609) وهي دالة إحصائياً. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين عدد دورات المياه في المسكن والأمراض غير المزمنة. حيث تبين أن نسبة إصابة أصحاب المساكن التي تحتوي على دورة واحدة بالأمراض غير المزمنة (46.6%). بينما بلغت نسبة إصابة أصحاب المساكن التي تحتوي على دورتين (44.9%). بينما بلغت نسبة إصابة أصحاب المساكن التي تحتوي على أكثر من 3 دورات (8.5%)، أي تقل الأمراض غير المزمنة كلما زاد عدد دورات المياه في المسكن، حيث تقل درجة التزاحم للأفراد على دورات المياه كلما زاد عددها، مما يقلل احتمالية الإصابة بالأمراض.

ولم تظهر الدراسة عدم وجود دورات مياه في المساكن، في حين فإن العديد من المساكن في بعض الدول العربية مثل مصر تعاني من قلة دورات المياه في المساكن، فنسبة 43% من المساكن الريفية في مصر تخلو من دورات المياه[1]. بينما أظهرت دراسة الباحثة العمران (1994) في دولة البحرين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين دورات المياه والأمراض

[1] السبعاوي، محمد نور. (1997). مرجع سابق، ص 108.

غير المزمنة[2].

الجدول رقم (16)

علاقة عدد دورات المياه في المسكن بالأمراض غير المزمنة

| عدد دورات المياه | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| دورة واحدة | 36.8 | 46.6 | 35.7 | 33.3 | 64.3 | 2 | 6.609 | 0.037 |
| دورتان | 51.7 | 44.9 | 24.8 | 54.2 | 75.2 | | | |
| أكثر من 3 | 11.5 | 8.5 | 21.3 | 12.5 | 78.7 | | | |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 3-علاقة مكان الإقامة بالأمراض غير المزمنة:

يبين الجدول رقم (17) نتائج تحليل بيانات الدراسة ذات العلاقة بمكان الإقامة في محافظة نابلس. ويبين الجدول توزيع عينة الدراسة على مساكن محافظة نابلس في المدينة والريف، ويتضح من الجدول أن النسبة الأكبر للتوزيع هي لريف المحافظة، تم توزيعها على قرى معينة في جميع أنحاء المحافظة وبنسبة (52.8%) من العينة، يليها المدينة بنسبة (47.2%) من العينة. كما يبين الجدول أن نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة تختلف باختلاف مكان السكن في المدينة والريف. ويظهر من الجدول رقم (17) أن قيمة مربع كاي بلغت (5.909)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05)، وهذا يدل على وجود علاقة بين مكان الإقامة والأمراض غير المزمنة. حيث يظهر الجدول رقم أن نسبة إصابة سكان المدينة بالأمراض غير المزمنة (53%). بينما بلغت نسبة إصابة سكان الريف في المحافظة (47%). وقد يرجع ذلك إلى طبيعة جو مدينة نابلس المكتظ والملوث بدخان السيارات والمصانع، والتي تساهم بانتشار هذه الأمراض بدرجة كبيرة، لا سيما أمراض الجيوب الأنفية والصدرية، وهذا ما يفسر الفرق بالمقارنة مع الريف التي تظهر نسباً أقل لانتشار هذه الأمراض.

الجدول رقم (17)

---

[2] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص97.

علاقة مكان الإقامة بالأمراض غير المزمنة

| مكان الإقامة | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| نابلس | 47.2 | 53 | 33.1 | 45.3 | 66.9 | 2 | 5.909 | 0.052 |
| الريف | 52.8 | 47 | 27.1 | 54.7 | 72.9 | | | |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

4-علاقة دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني بالأمراض غير المزمنة:

يبين الجدول رقم (18) دخل الأسر الشهرية بالدينار الأردني حسب التقسيمات المبينة.

ويبين الجدول أن قيمة مربع كاي (6.996) وهي دالة إحصائياً. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني والأمراض غير المزمنة، وكلما انخفض الدخل زادت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة، بسبب نقص تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة. ويتضح من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً هي (أقل من 200 دينار) بنسبة (28.2%)، وذلك بسبب أن المستوى الاقتصادي والمعيشي متدن لشريحة كبيرة من أرباب الأسر من أفراد العينة، وخاصة عند مقارنة هذه الدخول الشهرية بغلاء المعيشة وكثرة أفراد الأسرة الواحدة الذين يحتاجون إلى مصروفات كثيرة لقضاء حاجاتهم المختلفة. يليها فئة (أكثر من 400 دينار) بنسبة (27.3%) من العينة، وخاصة فيما يتعلق بالتجار وأصحاب المصالح الاقتصادية والموظفين الذين يحملون مؤهلات علمية عالية. يليها فئة (من 200-299 دينار) بنسبة (22.2%). يليها فئة (من 300-399 دينار) بنسبة (20.1%)، وآخر فئتين تمثلان نسبة (42.3%) من العينة، وتمثلان شريحة واسعة من الأفراد وخاصة من الموظفين سواء في القطاع الحكومي أو الخاص في مختلف المجالات. ولم يستجب نسبة (2.2%) من الأفراد على المعلومات المتعلقة بهذه الفقرة في استبانة الدراسة. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة العمران (1994)[1]، لأن الدخل الشهري في البحرين مرتفع لمعظم فئات المجتمع.

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 105.

الجدول رقم (18)

علاقة دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني بالأمراض غير المزمنة

| دخل الأسرة بالدينار | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| أقل من 200 | 28.2 | 24.3 | 23.3 | 30.2 | 76.7 | 3 | 6.99 | 0.052 |
| من 200-299 | 22.2 | 22.5 | 26.9 | 23.1 | 73.1 | | | |
| من 300-399 | 20.1 | 28.8 | 38.6 | 17.3 | 61.4 | | | |
| 400 فأكثر | 27.3 | 24.3 | 23.7 | 29.5 | 76.3 | | | |
| المجموع | 97.8 | --- | --- | --- | --- | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

## 5-علاقة توقيت التخلص من النفايات بالأمراض غير المزمنة:

يوضح الجدول رقم (19) المعلومات المتعلقة بتوقيت التخلص من النفايات. ويبين الجدول أن (196) من أفراد العينة بنسبة (46.9%) يتخلصون من نفاياتهم يومياً، وخاصة في المدينة التي تكون الخدمات فيها مكثفة من خلال البلدية. ومن المناطق التي تتخلص من النفايات بشكل يومي في مدينة نابلس الضواحي الغربية والسفوح الدنيا لجبلي عيبال وجرزيم[2]. يليها الأفراد الذين يتخلصون من نفاياتهم يوماً بعد يوم بنسبة (40.0) من العينة. بينما نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة للذين لا يتخلصون من النفايات يومياً (40.7%)، ويوماً بعد يوم (42.4%)، وهذا يدل على وجود أثر للفترة الزمنية للتخلص من النفايات على انتشار الأمراض غير المزمنة. لأنه كلما زادت الفترة الزمنية لوجود النفايات كلما زاد انتشار الأمراض، لأن هذه النفايات تجلب الحشرات الضارة والروائح الكريهة والجراثيم. وأخيراً الأفراد الذين يتخلصون من نفاياتهم أسبوعياً بنسبة (13.2%) من العينة، وخاصة في المناطق البعيدة عن خدمات

[2] حنيني، رائد. (1999). رسالة ماجستير غير منشورة. مرجع سابق، ص 111.

البلديات والمجالس القروية. ويبين الجدول رقم (19) أن قيمة مربع كاي (3.538) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين توقيت التخلص من النفايات والأمراض غير المزمنة. وقد يرجع ذلك أن معظم أفراد العينة يتخلصون من نفاياتهم باستمرار بغض النظر عن الفترة الزمنية.

الجدول رقم (19)

علاقة توقيت التخلص من النفايات بالأمراض غير المزمنة

| توقيت التخلص من النفايات | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| يومياً | 46.9 | 40.7 | 24.5 | 49.8 | 75.5 | 2 | 3.538 | 0.171 |
| يوماً بعد يوم | 40.0 | 42.4 | 30.5 | 38.4 | 69.5 | | | |
| أسبوعياً | 13.2 | 16.9 | 36.4 | 11.8 | 63.6 | | | |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**6-علاقة نوع المسكن بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (20) أنواع المساكن في عينة الدراسة من حيث كونها شقة أو فيلا أو بيت مستقل. ويتبين من الجدول أن النسبة الأكبر من أنواع المساكن هي بيوت مستقلة بنسبة (71.1%)، وخاصة في المساكن التابعة لريف محافظة نابلس، يليها الشقق السكنية بنسبة(27%) من العينة، وخاصة في المساكن التابعة لمدينة نابلس وذلك لطبيعة الحياة والبناء العمودي فيها، وأخيراً الفلل بنسبة (1.2%) من العينة. بينما أظهرت نتائج تعداد المساكن لعام 1997 أن 40.3% من السكان يعيشون في بيوت مستقلة، و57.8% يعيشون في شقق سكنية[1]. ويوضح الجدول أن 67.8% من المصابين يعيشون في بيوت مستقلة، وخاصة في منطقة الريف في المحافظة، حيث يفضل السكان العيش في بيوت مستقلة، بالإضافة إلى كثرة عدد سكان المسكن الواحد بالمقارنة مع الفلل. ويبين الجدول (41) أن قيمة مربع كاي بلغت (1.407)، إلا أن نتائج

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تقرير المساكن، مرجع سابق، ص 116.

الدراسة قد أظهرت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوع المسكن والأمـراض غيـر المزمنة. وذلك لأن أكثر من نصف العينة موجودة في الريف، ومساكن الريف تكون بعيدة عن بعضها البعض، مما يزيد من التهوية ويقلل الإصابة بالأمراض. أما دراسة العمران (1994)[1] فقد أظهرت وجود دلالة إحصائية في هذا المجال.

الجدول رقم (20)

علاقة نوع المسكن بالأمراض غير المزمنة

| نوع المسكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| شقة | 27 | 31.1 | 32.7 | 25.9 | 67.3 |
| فيلا | 1.2 | 0.8 | 20.0 | 1.4 | 80.0 |
| بيت مستقل | 71.1 | 67.8 | 27.2 | 72.8 | 72.8 |
| المجموع | 99.3 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**7-علاقة عدد غرف المسكن بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (21) توزيع أعداد غرف مساكن عينة الدراسة حسب التقسيم الموضح. ويبين الجدول أن (70.3%) من المصابين بالأمراض غير المزمنة يعيشون في مساكن تتكـون من (2-4) غرف. ويتبين من الجدول أن فئة عدد غرف المسكن (من 2-4) هي الأكثر بنسـبة (67.2%). وبلغت في محافظة نابلس حسب نتائج دائرة الإحصـاء الفلسـطيني لعـام 1996 (72.2%)، وفي مدن الضفة الغربية (74.7%)[2]، وهذه النسب قريبة من نسب دراسة الباحثة، ويعود ذلك لارتفاع متوسط الدخل، وارتفاع مساحة الأرض المقام عليها البناء. ويمكن تفسـير ذلك أن نسباً كبيرة من مساكن العائلات في المجتمع الفلسطيني تتكون من الفئة (2-4) غـرف وخاصة في نظام الشقق السكنية في المدينة أو البيوت المستقلة في الريف، يليها الفئة (أكثر من 5) بنسبة (31.3%)، ويمكن تفسير كثرة عدد الغرف في هـذه الفئـة إلـى طبيعـة التوزيـع

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 97.

[2] أبوصالح، ماهر. (1999). نابلس بين الماضي والحاضر. ص 177.

الديموغرافي في فلسطين الذي يركز على العائلات الممتدة في المسكن الواحد أو المساكن المتقاربة سواء بشكل أفقي أو عمودي، وخاصة في الريف التابعة للمحافظة التي تكثر فيها نظام العائلات الممتدة بشكل أكبر من المدينة. ويوضح الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.788). وهذا يدل على عدم وجود أثر دال لعدد غرف المسكن والأمراض غير المزمنة. بسبب قلة الازدحام في الغرف، مما قلل الإصابة بالأمراض. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أبو صالح (1999)[1].

الجدول رقم (21)

علاقة عدد غرف المسكن بالأمراض غير المزمنة

| عدد غرف المسكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 2 | 1.4 | 1.7 | 33.3 | 1.3 | 66.7 |
| من 2–4 | 67.2 | 70.3 | 29.6 | 66.3 | 70.4 |
| 5 فأكثر | 31.3 | 28.0 | 25.6 | 32.3 | 74.4 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**8-علاقة عدد أفراد الأسرة بالأمراض غير المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (22) توزيع أعداد أفراد الأسرة على مساكن عينة الدراسة. كما يتبين من الجدول أن أكثر تكرار هو للفئة (أكثر من 8) بنسبة (40.2%)، ويمكن تفسير ذلك بسبب كثرة عدد أفراد الأسرة ووجود نظام العائلات الممتدة في المجتمع الفلسطيني القائم على الروابط الأسرية والاجتماعية، وخاصة في الريف لا سيما في محافظة نابلس. يليها الفئة (من 6–7) بنسبة (33.5%)، وأخيراً الفئة (أقل من 5) بنسبة (26.3%) من عينة الدراسة.

ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (1.570) وهي غير دالة إحصائياً، علماً بأنه كلما ازداد عدد أفراد الأسرة ازداد احتمال إصابتهم بهذه الأمراض، وذلك لسهولة انتشارها بينهم

[1] أبوصالح، ماهر. (1999). نابلس بين الماضي والحاضر. ص 176.

وصعوبة الرعاية الصحية لهم، وذلك بسبب كبر مساحة المسكن وكثرة عدد الغرف[1]، مما يقلل من نسب الإصابة بالأمراض غير المزمنة، ووجود الوعي الصحي لدى أفراد الأسر.

الجدول رقم (22)

علاقة عدد أفراد الأسرة بالأمراض غير المزمنة

| عدد أفراد المسكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 5 | 26.3 | 30.5 | 33.0 | 24.6 | 67.0 |
| من 6-7 | 33.5 | 32.2 | 27.3 | 34.0 | 72.7 |
| 8 فأكثر | 40.2 | 37.3 | 26.3 | 41.4 | 73.7 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**9-علاقة كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (23) توزيع كلفة بناء المساكن بالدينار الأردني حسب التقسيم الموضح. ويتضح من الجدول أن أكثر تكرار هو للفئة (أكثر من 20000) بنسبة (44.0%) من العينة، وهذا يعكس أثمان المساكن العالية بما فيها من شقق سكنية أو بيوت مستقلة أو فلل وخاصة في المدينة لتواجد الخدمات العامة فيها وكمركز للتسوق على مستوى المحافظة. يليها الفئة (من 10000-19999) بنسبة (24.9%) ويكثر توزيع هذه الفئة في الريف وذلك لرخص الأراضي مقارنة بالمدينة أو البناء على أراضٍ مملوكة لأصحابها في الغالب. وأخيراً الفئة (أقل من 5000) بنسبة (2.2%) من العينة، وخاصة في مناطق الريف التي تكون مواصفات المساكن فيها أقل كلفة من مثيلاتها في المدينة أو بقية الريف والتي تعكس الأحوال المعيشية الصعبة لساكنيها. أما بقية أفراد العينة الذين لم يستجيبوا على المعلومات الخاصة بهذه الفقرة بنسبة (22.5%) فهو لأسباب منها: إما بسبب الاستئجار وبالتالي عدم معرفة الثمن الحقيقي للمسكن الذي يسكنون فيه، أو السكن في مساكن ليست ملكهم مع عدم دفع إيجارات هذه المساكن مثل مساكن الأقارب الغائبين خارج فلسطين مثل الأخوة أو الأعمام أو الأخوال. أو المساكن التابعة

[1] أبوصالح، ماهر. مرجع سابق، ص 175.

لوزارة الأوقاف التي يسكن بها موظفو الوزارة مثل المؤذنين وأئمة المساجد. ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (1.869)، وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين ثمن المسكن والأمراض غير المزمنة. لأن هناك نسبة كبيرة من مساكن أفراد العينة كلفة بنائها مرتفعة، مما يعني توفر ظروف صحية أفضل وبالتالي التقليل من الإصابة بالأمراض، ومعظم هذه المساكن يتركز في المدينة حيث الرعاية الصحية تكون أفضل.

الجدول رقم (23)

علاقة كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني بالأمراض غير المزمنة

| ثمن المسكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 5000 | 2.2 | 1.1 | 11.1 | 3.4 | 88.9 |
| من 5000-9999 | 6.5 | 6.9 | 23.1 | 8.5 | 76.9 |
| من 10000-19999 | 24.9 | 35.6 | 30.1 | 30.6 | 69.9 |
| 20000 فأكثر | 44.0 | 56.3 | 26.6 | 57.4 | 73.4 |
| المجموع | 77.5 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**10-علاقة عمر الأب بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (24) توزيع عمر الأب حسب التقسيم الموضح. ويتبين من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً في العينة هي (أكثر من 40 سنة) بنسبة (75.1%). يليها الفئة (من 30-39 سنة) بنسبة (17.7%)، وأخيراً الفئة (من 20-29 سنة) بنسبة (3.3%). أما بقية العينة التي لم يستجب أفرادها على المعلومات الخاصة بهذه الفقرة بنسبة (3.8%) من العينة فبسبب وفاة الأب في هذه الأسر. ويظهر من النتائج أنه كلما كان عمر الأب أكبر وعدد أفراد الأسرة أكثر كلما زادت احتمالية الإصابة بالأمراض غير المزمنة، حيث بلغت نسبة إصابة هذه الفئة بالأمراض غير المزمنة (80.7%) من العينة. ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (1.642). وهذا

يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين عمر الأب والأمراض غير المزمنة. لأنه مع تقدم السن والشيخوخة يكون تأثير الأمراض المزمنة أكثر من غير المزمنة.

الجدول رقم (24)

علاقة عمر الأب بالأمراض غير المزمنة

| عمر الأب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| من 20-29 | 3.3 | 1.8 | 14.3 | 4.2 | 85.7 |
| من 30-39 | 17.7 | 17.5 | 27.0 | 18.9 | 73.0 |
| 40 فأكثر | 75.1 | 80.7 | 29.6 | 76.8 | 70.4 |
| المجموع | 96.2 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**11-علاقة عمر الأم بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (25) توزيع عمر الأم حسب التقسيم الموضح. ويتضح أن الفئة الأكثر تكراراً في العينة هي (أكثر من 40 سنة) بنسبة (52.9%) وهذه النسبة أقل من نسبة أعمار الآباء في هذه الفئة، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة في هذه الفئة (57.3%) من العينة، وهي أعلى النسب، يليها الفئة (من 30-39 سنة) بنسبة (36.4%)، يليها الفئة (من 20-29 سنة) بنسبة (9.8%). وأخيراً الفئة (أقل من 19 سنة) بنسبة (0.5%) من العينة. أما بقية العينة التي لم يستجب أفرادها على المعلومات الخاصة بهذه الفقرة بنسبة (0.5%) من العينة فبسبب وفاة الأم في هذه الأسر. ويبين الجدول رقم (41) كذلك أن قيمة مربع كاي (1.805). وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين عمر الأم والأمراض غير المزمنة. لأنه مع تقدم السن والشيخوخة يكون تأثير الأمراض المزمنة أكثر من غير المزمنة لدى الأمهات.

الجدول رقم (25)

علاقة عمر الأم بالأمراض غير المزمنة

| عمر الأم | النسبة | المصابون | غير المصابين |
|---|---|---|---|

|  | % | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
|---|---|---|---|---|---|
| أقل من 19 | 0.5 | 0.9 | 50.0 | 0.3 | 50.0 |
| من 20–29 | 9.8 | 9.4 | 26.8 | 10.1 | 73.2 |
| من 30–39 | 36.4 | 32.5 | 25.2 | 38.2 | 74.8 |
| 40 فأكثر | 52.9 | 57.3 | 30.6 | 51.4 | 69.4 |
| المجموع | 99.5 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**12–علاقة مهنة الأب بالأمراض غير المزمنة:**

للمرض علاقة بنوع الحرفة التي يمارسها الإنسان، فمثلاً لحرفة الصناعة مشاكل صحية متعددة، والتي ترتبط بنوع الصناعة وكمية التلوث الناتجة عن هذه الصناعة[1]. ويوضح الجدول رقم (26) توزيع مهن الآباء في العينة حسب التقسيمات المبينة. كما يبين الجدول أن فئة مهنة (تاجر) هي الأكثر تكراراً بنسبة (22.0%) من العينة، وخاصة في عينة المدينة، وهذا يعكس المكانة الاقتصادية والتجارية لمدينة نابلس وشهرتها في هذا المجال، حيث أن شريحة واسعة من أبنائها يعملون بالتجارة وذلك ليس على مستوى المدينة أو المحافظة فقط، وإنما على مستوى فلسطين، حيث أن العديد من المحافظات تأخذ تجارتها منها وخاصة المحافظات الشمالية من الضفة الغربية، لشهرتها في ميدان الاستيراد والتصدير أو وجود العديد من المصانع المختلفة فيها. يليها فئة مهنة (موظف حكومي) بنسبة (21.1%)، حيث تعتبر هذه الفئة الطبقة الثانية من المهن على مستوى المحافظة باختلاف أماكن الإقامة فيها. يليها فئة (لا يعمل) بنسبة (17.2%)، وجاءت هذه الفئة في المرتبة الثالثة في عينة الدراسة، ويعكس ذلك ارتفاع نسبة البطالة في المحافظة، مما يعكس الظروف المعيشية الصعبة لعائلات هذه الفئة، ويعكس كذلك ظروف الاحتلال التي تقيد حركة السكان وتمنعهم من العمل إلا على مستوى ضيق جداً حتى داخل المحافظة، لا سيما في الريف التابع للمحافظة. يليها فئة (في البناء) بنسبة (12.0%)، ويعمل في هذا القطاع في الغالب الفئات التي لم تكمل تعليمها. يليها فئة (موظف شركة خاصة) بنسبة (7.2%)، حيث توجد العديد من الشركات الخاصة في مختلف الميادين في المحافظة وخاصة في

[1] اللبان، خلف الله. (1997). مرجع سابق، ص 79.

مركز المدينة التي تجتذب المختصين في مجالات أعمالها حتى على مستوى محافظات شـمال الضفة الغربية، سواء كانت شركات تجارية أو استشارية أو مرتبطة بالمصانع الموجـودة فـي المحافظة. يليها فئة (مزارع ) بنسبة (6.5%)، وخاصة في ريف المحافظة الذي يمد المحافظـة بجزء من حاجاتها من المزروعات المختلفة، وخاصة فيما يتعلق بـالحبوب والخضـار الـذي يستخدم فيها نظام الدفيئات الزراعية بشكل واسع، بينما بلغت نسبة العاملين في قطاع الزراعـة في الريف المصري في محافظة أسيوط (76.3%) وفي حضر المحافظة (25.2%)، وهذا يدل على أن الحرفة السائدة في محافظة أسيوط المصرية هي الزراعة[1]. يليها فئة (في المصـانع) بنسبة (4.8%) من العينة، حيث يعمل هؤلاء الأفراد في المصانع المنتشرة في أرجاء المحافظة وخاصة في المنطقة الصناعية شرقي المدينة، أو في مصانع التحجير فـي أنحـاء المحافظـة، وخاصة في منطقة جماعين التي تعتبر من أهم مصادر الحجر في المحافظة وحتى في فلسطين لجودة نوعية حجارتها المستخدمة في البناء، وكذلك في المحاجر المنتشرة غربي المدينة. يليهـا فئة (موظف مهن طبية) بنسبة (2.6%)، بسبب انتشار العديد من المراكز الطبيـة فـي أنحـاء المحافظة التي تقدم الخدمات الطبية للمواطنين، لا سيما داخل المدينة سواء كانـت حكوميـة أو خاصة أو تابعة لهيئات خيرية متعددة. يليها فئة (موظف عسكري) بنسبة (2.2%)، وقد وجد هذا القطاع بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية إلى فلسطين لحفظ الأمن والنظام للمـواطنين، وقـد تأثر هذا القطاع بشكل كبير بأحداث (انتفاضة الأقصى)، وظـروف الاحـتلال والإجتياحـات المتتالية لمركز المحافظة، الأمر الذي أثّر سلبياً على عمل أفراد هذه الفئة وتسرّب نسـبة مـن عناصرها. وأخيراً فئة (طالب) بنسبة (1.0%)، وهذه النسبة تعكس عدم قدرة قطاع واسع مـن أرباب الأسر على إكمال دراستهم وإعالة أسرهم في نفس الوقت، لعدم قدرتهم مادياً على ذلـك بسبب الظروف المادية والمعيشية والسياسية التي تمر بها المحافظة بشكل خاص وفلسطين بشكل عام. أما بقية أفراد العينة الذين لم يستجيبوا على المعلومات المتعلقة بهذه الفقرة بنسبة (3.6%) فبسبب عملهم في مهن أخرى لا توجد في قائمة المهن الواردة في أداة الدراسة. ويبين الجـدول أن أعلى النسب في الإصابة بالأمراض غير المزمنـة يتعلـق بالوظـائف الحكوميـة بنسـبة (24.6%)، وهذا يدل على أن أصحاب المهن الحكومية هم أكثر للإصـابة بهـذه الأمـراض لازدحام أماكن عملهم بالمراجعين أو الطلاب، مما يساعد على انتشار الأمراض غير المزمنـة، وهذا يختلف مع دراسة العمران التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين طبيعـة

[1] اللبان، خلف الله. (1994). مرجع سابق، ص 84.

مهنة الأب والأمراض غير المزمنة[1]. بينما بلغ أقلها فيما يتعلق بالمهن الطبية (0.9%)، ويبين الجدول رقم (41) كذلك أن قيمة مربع كاي (11.884). وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مهنة الأب والأمراض غير المزمنة. بسبب ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل، بالإضافة إلى قلة أفراد العينة الذين يعملون في مهن تؤدي للإصابة بالأمراض غير المزمنة مثل مصانع الدهانات وغيرها.

الجدول رقم (26)

علاقة مهنة الأب بالأمراض غير المزمنة

| مهنة الأب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| حكومي | 21.1 | 24.6 | 32.2 | 20.6 | 67.8 |
| عسكري | 2.2 | 1.8 | 22.2 | 2.4 | 77.8 |
| طالب | 1.0 | 2.6 | 75.0 | 0.3 | 25.0 |
| تاجر | 22.0 | 21.9 | 27.5 | 23.1 | 72.5 |
| مزارع | 6.5 | 3.5 | 14.8 | 8.0 | 85.2 |
| في البناء | 12.0 | 9.6 | 22.0 | 13.6 | 78.0 |
| مهن طبية | 2.6 | 0.9 | 9.1 | 3.5 | 90.9 |
| عمل خاص | 7.2 | 8,8 | 33.3 | 7.0 | 66.7 |
| في المصانع | 4.8 | 6.1 | 35.0 | 4.5 | 65.0 |
| لا يعمل | 17.2 | 20.2 | 32.4 | 16.8 | 67.6 |
| المجموع | 96.4 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 13-علاقة مهنة الأم بالأمراض غير المزمنة:

يبين الجدول رقم (27) توزيع مهنة الأم من حيث أنها تعمل أو لا تعمل. ويتضح من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً هي للفئة (لا تعمل) بنسبة (90%)، وهذه النسبة تعكس واقع

---

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 104.

الأمهات من حيث كون معظمهن ربّات بيوت سواء لزواجهن مبكراً وبالتالي عدم إكمال تعليمهن أو تفضيلهن تربية أبنائهن على العمل في كثير من الأحيان حتى مع إكمال تعليمهن وحصولهن على مؤهلات علمية تمكنهن من العمل، ونسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة بلغت في هـذه الفئة (91.5%) لكثرة عدد العينة في هذه الفئة. وجاءت الفئة (تعمل) بنسبة (10.0%) فقط مـن العينة. ويبين الجدول (41) كذلك أن قيمة مربع كاي (0.242). وهذا يدل على عدم وجود أثـر دال إحصائياً بين مهنة الأم والأمراض غير المزمنة. لأن عدد النساء العاملات في عينة الدراسة قليلة جداً، مما يقلل من أثر هذا العامل في الإصابة بالأمراض غير المزمنة.

الجدول (27)

علاقة مهنة الأم بالأمراض غير المزمنة

| مهنة الأم | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| تعمل | 10.0 | 8.5 | 25.0 | 10.1 | 75.0 |
| لا تعمل | 90.0 | 91.5 | 28.7 | 89.9 | 71.3 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**14-علاقة المستوى التعليمي للأب بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (28) توزيع المستوى التعليمي للأب، ويظهر من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً للمستوى التعليمي للأب هي للمستوى الثانوي بنسبة (33.0%) من العينـة. يليهـا فئـة مستوى (جامعي فما فوق) بنسبة (23.0%)، وتعكس هاتان الفئتان المستوى التعليمـي العـالي للآباء حيث تمثلان (56%) من أعداد أفراد العينة. يليهمـا فئـة المسـتوى الابتـدائي بنسـبة (16.5%) من العينة. يليها فئة المستوى الإعدادي بنسبة (16.0%). يليها فئة مستوى الـدبلوم بنسبة (9.3%). وأخيراً فئة الأميين من الآباء بنسبة (2.2%)، وهذه نسبة قليلـة جـداً لعينـة الدراسة والتي تعكس المستوى التعليمي المرتفع عالمياً على مستوى المحافظة، ويعتبر التعلـيم مهماً في فلسطين لاعتبارات اجتماعية ومادية، حيث يعتبر أفضل استثمار من ناحية مادية لتأمين الحياة للفرد الفلسطيني، وخاصة في ظل الظروف الصعبة التي يمر بها الشـعب الفلسـطيني.

وبلغت نسبة المتعلمين في محافظة نابلس في هذه الدراسة (97.6%)، وأظهرت نتائج المسح الإحصائي لعام 1997 أن نسبة التعليم في محافظة نابلس (92.6%)[1]، وفي الضفة الغربية لعام 2000 بلغت (94.7%)، وفي جميع الأراضي الفلسطينية (94.4%)[2]. بينما بلغت نسبة المتعلمين في محافظة أسيوط المصرية بين الذكور لعام 1993 (74.2%)[3]. ويظهر الجدول أن أعلى نسبة للمصابين بالأمراض غير المزمنة يتعلق بالمستوى التعليمي الثانوي بنسبة (38.3%). كما يبين الجدول رقم (41) كذلك أن قيمة مربع كاي (3.503). وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مستوى تعليم الأب والأمراض غير المزمنة، بسبب ارتفاع المستوى التعليمي والثقافة الصحية في المحافظة.

الجدول رقم (28)

علاقة المستوى التعليمي للأب بالأمراض غير المزمنة

| المستوى التعليمي للأب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أمّي | 2.2 | 3.4 | 6.9 | 2.9 | 5.7 |
| ابتدائي | 16.5 | 17.4 | 29.4 | 16.5 | 70.6 |
| إعدادي | 16.0 | 17.4 | 30.3 | 15.8 | 69.7 |
| ثانوي | 33.0 | 38.3 | 31.9 | 32.3 | 68.1 |
| دبلوم | 9.3 | 9.6 | 28.2 | 9.6 | 71.8 |
| جامعي فما فوق | 23.0 | 17.4 | 21.1 | 25.8 | 78.9 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**15-علاقة المستوى التعليمي للأم بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (29) توزيع المستوى التعليمي للأم. ويتضح من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً للمستوى التعليمي للأم هي للمستوى الثانوي بنسبة (34.2%) من العينة، وبلغت نسبتهن

---

(1) دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997، مرجع سابق، ص 52.

(2) دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، المسح الصحي 2000، مرجع سابق، ص 16.

(3) اللبان، خلف الله.(1997). مرجع سابق، ص 128.

من الإصابة بالأمراض غير المزمنة (45%) من العينة، وهي أعلى النسب. يليهما فئة المستوى الابتدائي بنسبة (16.7%) من العينة. يليها فئة المستوى الإعدادي بنسبة (16.5%). وتعكس هذه الفئات الثلاث للمستويات التعليمية للأمهات حقيقة زواجهن المبكر، وبالتالي عدم إكمال دراستهن العليا، بالإضافة إلى عادات وقناعات المجتمع حول هذا الموضوع. يليها فئة مستوى (جـــامعي فما فوق) بنسبة (15.1%)، وهذه النسبة التي تبرر وجود أمهات يعملن وخاصة في مجال التعليم والصحة والخدمات الأخرى. يليها فئة الأميّات من الأمهات بنسبة (9.8%) من عينة الدراســة، وهذه النسبة أعلى من مثيلاتها عند الآباء وخاصة لدى الأمهات ذوات الأعمار العالية، ويظهــر الجدول أن نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة عند الأميات مرتفع بالمقارنة بالفئات الأخرى، بالرغم من قلة نسبتهن في العينة. وأخيراً فئة مستوى الدبلوم بنسبة (7.7%) من العينة. ويبـــين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (3.503) وهي غير دالة إحصائياً. ويمكن القول أنـــه لا توجد علاقة بين هذه الأمراض وتعليم الأم بسبب ارتفاع نسبة تعليم الأمهات في المحافظة.

الجدول رقم (29)

علاقة المستوى التعليمي للأم بالأمراض غير المزمنة

| المستوى التعليمي للأب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أمّي | 9.8 | 21.4 | 28.4 | 13.6 | 69.5 |
| ابتدائي | 16.7 | 19.3 | 30.3 | 18.4 | 70.0 |
| إعدادي | 16.5 | 17.4 | 27.5 | 18.8 | 72.5 |
| ثانوي | 34.2 | 45.0 | 34.5 | 35.0 | 65.5 |
| دبلوم | 7.7 | 3.7 | 12.5 | 10.5 | 87.5 |
| جامعي فما فوق | 15.1 | 14.7 | 25.8 | 17.5 | 74.2 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**16-علاقة عمر الأب عند الزواج الأول بالأمراض غير المزمنة:**

يعتبر معرفة العمر عند الزواج الأول مؤشراً لمفاهيم اجتماعية سائدة في المجتمع، كما أن له تأثيرات على الخصوبة في ذلك المجتمع[1]. ويبين الجدول رقم (30) المعلومات المتعلقة بعمر الآباء عند الزواج الأول لهم. ويتبين من الجدول أن السواد الأعظم من أفراد العينة قد تزوجوا في الفترة (من 20–29 سنة) من أعمارهم بنسبة (77%) من العينة، وخاصة بعد إكمالهم تعليمهم وسعيهم لتأمين تكاليف والتزامات زواجهم، وبلغت نسبة إصابتهم بالأمراض غير المزمنة في هذه الفئة (81.4%). وتشير إحصاءات دائرة الإحصاء الفلسطينية أن متوسط عمر الزواج الأول للذكور في محافظة نابلس 24 سنة، وفي الأراضي الفلسطينية 23 سنة[2]. يليها الآباء ضمن الفئة (أكثر من 30 سنة) بنسبة (15.3%)، ويمكن إلحاقها بالفئة الأولى لتفسير أسباب تأخر سن الزواج عند هؤلاء الآباء. أخيراً الفئة (أقل من 19 سنة) بنسبة (7.7%) من العينة، وهي أقل النسب، ويمكن تفسير ذلك بتوفر ظروف أفضل لهؤلاء الآباء للزواج مبكراً مادياً ودعماً من أسرهم، أو لعدم إكمالهم تحصيلهم العلمي. ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (2.012) وهي غير دالة إحصائياً. ومن هنا لم تظهر علاقة واضحة بين متغير عمر الأب عند الزواج الأول والإصابة بهذه الأمراض. وقد يرجع ذلك أن درجة الوعي الصحي لدى الآباء ليس لها علاقة بعمر معين.

الجدول رقم (30)

علاقة عمر الأب عند الزواج الأول بالأمراض غير المزمنة

| عمر الأب عند الزواج الأول | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 19 | 7.7 | 5.1 | 19.4 | 8.4 | 80.6 |
| من 20–29 | 77.0 | 81.4 | 30.0 | 75.4 | 70.0 |
| 30 فأكثر | 15.3 | 13.6 | 25.0 | 16.2 | 75.0 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**17–علاقة عمر الأم عند الزواج الأول بالأمراض غير المزمنة:**

[1] أبو صالح، ماهر. (1999). مرجع سابق، ص 57.

[2] أبو صالح، ماهر. (1999). مرجع سابق، ص 57.

يبين الجدول رقم (31) المعلومات المتعلقة بعمر الأمهات عند الزواج الأول لهن. ويتضح من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً هي للفئة (من 16–20 سنة) بنسبة (60.5%)، وهذا يعكس واقع متوسط سن الزواج لدى الأمهات في المحافظة. وتظهر النتائج أن الأمهات في هذه الفئة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير المزمنة بنسبة (58.5%). ويشير أبو صالح أن متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الإناث في مدينة نابلس بلغ 19.2 سنة، بينما يبلغ في محافظة نابلس 18 سنة[1]. يليها الفئة (من 21–25 سنة) بنسبة (24.4%)، وخاصة بالنسبة للأمهات اللواتي يكملن تحصيلهن العلمي سواء على مستوى الدبلوم أو المستوى الجامعي فما فوق. يليها الفئة (أقل من 15 سنة) بنسبة (10.8%)، ويرتبط ذلك بعادات وتقاليد العديد من الأسر التي تفضل تزويج بناتهم مبكراً وخاصة في مناطق الريف التابعة للمحافظة. وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لدى هذه الفئة (11.9%) من العينة، وأخيراً الفئة (أكثر من 26 سنة) بنسبة (4.3%) من العينة، وهي نسبة قليلة مقارنة مع الفئات الأخرى. ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.920) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين عمر الأم عند الزواج الأول والأمراض غير المزمنة، ويمكن الربط بين عمر الأم والوعي الصحي، فيمكن أن تكون كبيرة في العمر وليست على درجة عالية من الوعي الصحي.

الجدول رقم (31)

علاقة عمر الأم عند الزواج الأول بالأمراض غير المزمنة

| عمر الأم عند الزواج الأول | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 15 | 10.8 | 11.9 | 32.6 | 9.8 | 67.4 |
| من 16–20 | 60.5 | 58.5 | 27.3 | 62.0 | 72.7 |
| من 21–25 | 24.4 | 24.6 | 28.4 | 24.6 | 71.6 |
| 26 فأكثر | 4.3 | 5.1 | 35.3 | 3.7 | 64.7 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**18–علاقة صلة القرابة بين الزوجين بالأمراض غير المزمنة:**

[1] أبو صالح، ماهر. (1998). مرجع سابق، ص 58.

وتبين من الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (3.208) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على أنه لا توجد علاقة بين صلة القرابة بهذه الأمراض، لارتباط زواج الأقارب بالأمراض المزمنة أكثر من الأمراض غير المزمنة، حيث أن الناس أصبحوا أكثر وعياً من ذي قبل فيما يتعلق بزواج الأقارب، وأصبح الزواج من غير الأقارب أمراً شائعاً. وهذا يتفق مع دراسة العمران (1994) في هذه النتيجة[1]. كما يوضح الجدول رقم (32) البيانات والمعلومات المتعلقة بأنواع صلات القرابة بين الأزواج لأفراد عينة الدراسة. ويتبين من الجدول أن الفئة الأكثر تكراراً هي (غير أقرباء) بنسبة (57.7%)، وهي ظاهرة صحية في المحافظة، فقد بلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (62.7%). يليها فئة (من العائلة) بنسبة (19.4%)، وخاصة في مناطق الريف من المحافظة، حيث تكون الروابط العائلية والاجتماعية قوية، ويفضل الأباء تزويج أبنائهم من قريباتهم أو من العائلة على الأقل. يليها فئة (أبناء عم أو أبناء عمّة) بنسبة (12.9%). يليها فئة (أبناء خال أو أبناء خالة) بنسبة (10.0%) من العينة، ويمكن تفسير ذلك بالأسباب التي تم الإشارة إليها سابقاً.

الجدول (32)

علاقة صلة القرابة بين الزوجين بالأمراض غير المزمنة

| صلة القرابة بين الزوجين | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أبناء عم وعمة | 12.9 | 11.9 | 26.4 | 13.1 | 73.6 |
| أبناء خال وخالة | 10.0 | 11.0 | 31.7 | 9.4 | 68.3 |
| من العائلة | 19.4 | 14.4 | 21.0 | 21.5 | 79.0 |
| غير أقرباء | 57.7 | 62.7 | 30.8 | 55.9 | 69.2 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**19-علاقة إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين بالأمراض غير المزمنة:**

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 101.

يبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.042) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يـدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين إقامة ربّ الأسرة خـارج فلسـطين والأمـراض غيـر المزمنة. لأن المرض غير المزمن مرض عارض ويزول بعد فترة قصيرة من الزمن. ويوضح الجدول (33) المعلومات المتعلقة بإمكانية مكوث الأب خارج فلسطين في أي وقت من الأوقات ولأي سبب من الأسباب. ويتضح أن أكثر من نصف العينة بنسبة (53.1%) قد أقاموا خـارج فلسطين لأسباب مختلفة كما سيتم توضيحها لاحقاً. والجدير بالذكر أن نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة أقل من المقيمين وبلغت (48.7%)، حيث أن معظم الذين أقاموا خـارج فلسطين هم من الفئات المتعلمة، وبالتالي لديهم الوعي والثقافة الصحية. بينما بقيتهم لم يقيمـوا خارج فلسطين بنسبة (46.9%)، وبلغت نسبة إصابتهم بالأمراض غير المزمنة (51.3%).

الجدول رقم (33)

علاقة إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين بالأمراض غير المزمنة

| إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| نعم | 53.1 | 48.7 | 27.8 | 49.8 | 72.2 |
| لا | 46.9 | 51.3 | 28.7 | 50.2 | 71.3 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**20-علاقة مصدر مياه الشرب بالأمراض غير المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (34) المعلومات المتعلقة بمصدر مياه الشرب. ويتضح من الجدول أن أكثر مصادر الشرب استخداماً هو لشبكات المياه بنسبة (78.5%) من العينة وخاصة في مناطق المدينة في المحافظة، حيث يعتمد السكان عليها بدرجة كبيرة، حيث يتم أخذ المياه من الينـابيع المحيطة بمدينة نابلس، وفي شمال الضفة بلغـت (75.1%)، وفـي الضـفة الغربيـة بلغـت (80.7%)[1]. وبلغت النسبة في محافظة المنيا المصرية (83.4%) من مساكن الحضر يعتمدون في المياه على الشبكات العامة، أما في الريف المصري فبلغت النسبة (45%) لأنهـا منـاطق

[1] دائرة الإحصاء الفلسطينية، إحصاءات المياه، المسح البيئي، 2000، ص 49.

زراعية تعتمد على نهر النيل[2]. كما بلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهـذه الفئـة (82.2%) من العينة. يليها الآبار بنسبة (19.1%) من العينة، وخاصة في القرى التي لم يصلها خدمة شبكات المياه القطرية، حيث يوجد بئر ماء في كل مسكن تقريباً. يليها فئة (غيـر ذلـك) بنسبة (2.4%) من العينة، ويمكن أن يكون ذلك من الينابيع المجاورة من خلال نقل الماء بأوعية صغيرة أو تنكات ماء، وخاصة في القرى التي لا تحتوي على خدمات شبكة الميـاه القطريـة، وفي نفس الوقت لا يوجد آبار في مساكن هذه الفئة.

ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (3.005) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مصدر مياه الشرب والأمراض غير المزمنة.

الجدول رقم (34)

علاقة مصدر مياه الشرب بالأمراض غير المزمنة

| مصدر مياه الشرب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| ماء بئر | 19.1 | 14.4 | 21.3 | 21.2 | 78.8 |
| شبكة مياه | 78.5 | 82.2 | 29.8 | 76.8 | 70.2 |
| غير ذلك | 2.4 | 3,4 | 40.0 | 2.0 | 60.0 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**21-علاقة تقييم مياه الشرب بالأمراض غير المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (35) المعلومات المتعلقة بتقييم مياه الشرب. ويتضح من الجـدول أن الفئة الأكثر تكراراً هي لفئة (جيدة) بنسبة (31.8%) من العينة، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (32.2%) وهي أعلى النسب، وبلغت نسبة المياه الجيـدة فـي الضـفة الغربية (89.9%)، والمقبولة (9.5%). كما بلغت نسـبة الميـاه الجيـدة فـي قطـاع غـزة (21.7%)، والمقبولة (70.1%)، والسبب في تدني جودة المياه في قطاع غزة هو ارتفاع نسبة

[2] اللبان، خلف الله. (1997). مرجع سابق، ص 27.

الملوحة فيها بسبب الضخ المستمر للمياه من قبل الإسرائيليين بشكل خاص[1]. يليها فئة (جيدة جداً) بنسبة (28.7%) من العينة، يليها فئة (مقبولة) بنسبة (23.0%) من العينة، يليها فئة (ممتازة) بنسبة (11.2%) من العينة. يليها فئة (سيئة) بنسبة (5.3%) من العينة. ويتضح من النسب السابقة أن معظم أفراد العينة يرون أن المياه في محافظة نابلس مناسبة للشرب، حيث بلغت نسبة المستجيبين على فئة (مقبولة) فما فوق (94.7%) من العينة. أما فئة (سيئة) فكانت نسبة الاستجابة عليها قليلة جداً بالمقارنة مع بقية الفئات. ويبين الجدول (41) أن قيمة مربع كاي (0.789)، وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقييم مياه الشرب والأمراض غير المزمنة. لأن شبكة مياه البلديات عليها رقابة صحية مستمرة.

الجدول رقم (35)

علاقة تقييم مياه الشرب بالأمراض غير المزمنة

| تقييم مياه الشرب | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| سيئة | 5.3 | 5.1 | 27.3 | 5.4 | 72.7 |
| مقبولة | 23.0 | 24.6 | 30.2 | 22.6 | 69.8 |
| جيدة | 31.8 | 32.2 | 29.2 | 31.0 | 70.8 |
| جيدة جداً | 28.7 | 28.8 | 28.3 | 29.0 | 71.7 |
| ممتازة | 11.2 | 9.3 | 23.4 | 12.1 | 76.6 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**22-علاقة كيفية الحصول على الثقافة الصحية بالأمراض غير المزمنة:**

ويتبين من الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.770) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين كيفية الحصول على الثقافة الصحية والأمراض غير المزمنة. وذلك بسبب تعدد وسائل الحصول على الثقافة الصحية. ويوضح الجدول (36) المعلومات المتعلقة بكيفية الحصول على المعلومات الصحية. كما يتضح من الجدول أن أكثر من

[1] دائرة الإحصاء الفلسطينية، مسح البيئة المنزلي. مرجع سابق، ص 46.

نصف أفراد العينة بنسبة (50.7%) من العينة يأخذون معلوماتهم حول الثقافة الصحية من وسائل الإعلام، ويمكن تفسير ذلك بسهولة تداول المعلومات عن طريقها، وبجميع أنواعها سواءً كانت مرئية أم مسموعة أم مقروءة، وخاصة المرئية منها حيث يقضي أفراد العائلات عادة ساعات طويلة أمام التلفاز، والذي يبث ضمن برامجه برامجاً صحية متنوعة الموضوعات، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (50.8%) وهي أعلى النسب، وهذا يدل على أن وسائل الإعلام لا تقوم بدورها بشكل مناسب من أجل نشر الوعي الصحي بين المواطنين. يليها المعلومات المأخوذة عن طريق المراكز الصحية بنسبة (24.6%) من العينة، من خلال النشرات والتوجيهات والندوات الصحية المتخصصة التي يعقدها الأطباء في المراكز الصحية المنتشرة في أنحاء المحافظة، بالإضافة إلى المعلومات التي تستفيدها العائلات أثناء المراجعات مما يؤدي إلى تراكم الخبرات والمعلومات لديهم. يليها المعلومات المأخوذة عن طريق الأقارب والجيران بنسبة (16.5%) من العينة، لا سيما من يكون لديهم أقارب أو جيران أطباء أو يعملون في الخدمات الطبية المختلفة. وأخيراً المعلومات المأخوذة عن طريق المدرسة بنسبة (8.1%) من العينة، من خلال المعلومات المبثوثة في المناهج الدراسية، أو من خلال زيارات أطباء الصحة المدرسية وإلقاء ندوات ومحاضرات طبية متخصصة.

الجدول رقم (36)

علاقة كيفية الحصول على الثقافة الصحية بالأمراض غير المزمنة

| الثقافة الصحية | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| وسائل الإعلام | 50.7 | 50.8 | 28.6 | 50.5 | 71.4 |
| مركز الصحة | 24.6 | 23.7 | 27.2 | 25.3 | 72.8 |
| الأقارب والجيران | 16.5 | 18.6 | 31.9 | 15.8 | 68.1 |
| المدرسة | 8.1 | 6.8 | 24.2 | 8.4 | 75.8 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**23-علاقة التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية بالأمراض غير المزمنة:**

يوضح الجدول (37) المعلومات المتعلقة بالتخلص من النفايات بواسطة موظفي البلديـــة. كما يتضح من الجدول أن معظم أفراد العينة بنسبة (72.0%) يتخلصون من نفاياتهم من خلال البلديات، وخاصة داخل المدينة والتجمعات السكانية الكبيرة في الريف، وبلغت نســبة الإصـــابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (71.2%) وهي أعلى النسب. يليها الأفراد الذين لا يتخلصون من نفاياتهم من خلال البلديات والمجالس القروية بنسبة (28.0%) من العينة، ويكون ذلك بسبب عدم وجود هذه الخدمة في هذه التجمعات السكانية، واعتماد السكان على التخلص من نفايـــاتهم بأنفسهم من خلال حرقها. كما يبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.310). وهذا يـــدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين التخلص من النفايات بواسطة البلدية والأمـــراض غيـــر المزمنة. لأن معظم أفراد العينة يتخلصون من نفاياتهم من خلال البلديات.

الجدول رقم (37)

علاقة التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية بالأمراض غير المزمنة

| التخلص من النفايات من خلال البلدية | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| نعم | 72.0 | 71.2 | 28.2 | 72.1 | 71.8 |
| لا | 28.0 | 28.8 | 29.1 | 27.9 | 70.9 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 24-علاقة وجود حاوية للنفايات قرب المسكن بالأمراض غير المزمنة:

يوضح الجدول رقم (38) أن نسبة (62.7%) من أفراد العينة يوجد حاويات للنفايات قرب مساكنهم، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (65.3%) وهي أعلى النسب. وأظهرت دراسة حنيني (1999) أن (65%) من إجمالي عدد الحاويات الصغيرة فـــي مدينـــة نابلس يوجد في المنطقة الغربية[1]. يليها الأفراد الذين لا يوجد حاويات قريبة من مساكنهم بنسبة (37.3) من العينة. كما يوضح الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.569) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين وجود حاوية للنفايات قرب المســـكن

[1] حنيني، رائد. (1999). مرجع سابق، ص 127.

والأمراض غير المزمنة. لتوفر حاويات لدى معظم أفراد العينة قرب منازلهم مما يضمن التخلص من نفاياتهم، وبالتالي عدم تراكمها لفترة طويلة.

الجدول رقم (38)

علاقة وجود حاوية للنفايات قرب المسكن بالأمراض غير المزمنة

| توفر حاوية للنفايات قرب المسكن | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| نعم | 62.7 | 65.3 | 29.7 | 61.3 | 70.3 |
| لا | 37.3 | 34.7 | 26.3 | 38.7 | 73.7 |
| المجموع | 100 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**25-علاقة معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار شهرياً بالأمراض غير المزمنة:**

يبين الجدول رقم (39) أن نسبة (46.9%) من العائلات ينفقون أكثر من (21) ديناراً على اللحوم الحمراء شهرياً، وخاصة في العائلات الميسورة والموظفين الذين لهم دخل ثابت، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (50%) وهي أعلى النسب. يليها العائلات التي تنفق ما بين (10-20) ديناراً بنسبة (46.4%)، وخاصة بالنسبة للعائلات المتوسطة الدخل. وأخيراً العائلات التي تنفق أقل من (10) دنانير شهرياً على اللحوم الحمراء بنسبة (4.3%)، وخاصة في العائلات الفقيرة جداً والتي ليس لها دخل ثابتة. ويوضح الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.812). وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار الأردني شهرياً والأمراض غير المزمنة، بسبب اعتماد الأسر على مصادر أخرى للبروتين غير اللحوم الحمراء.

الجدول (39)

علاقة معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار شهرياً بالأمراض غير المزمنة

| معدل استهلاك اللحوم الحمراء | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 10 | 4.3 | 5.4 | 33.3 | 4.1 | 66.7 |
| من 10–20 | 46.4 | 44.6 | 25.8 | 49.1 | 74.2 |
| 21 فأكثر | 46.9 | 50.0 | 29.0 | 46.8 | 71.0 |
| المجموع | 97.6 | --- | --- | --- | --- |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**26–علاقة معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار بالأمراض غير المزمنة:**

ويظهر من الجدول (40) أن نسبة (36.8%) من العائلات تنفق أقل من (30) دينار على الخضار والفواكه شهرياً، وبلغت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة لهذه الفئة (36.6%) وهي أعلى النسب. يليها العائلات التي تنفق أقل من (30–40) دينار شهرياً بنسبة (33.3%). وأخيراً العائلات التي تنفق أكثر من (41) ديناراً شهرياً على الخضار والفواكه بنسبة (27.8%). ويبين الجدول رقم (41) أن قيمة مربع كاي (0.339). وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار الأردني شهرياً والأمراض غير المزمنة. بسبب توفر الخضار والفواكه لدى المواطنين، مما قلل من احتمالية الإصابة بالأمراض غير المزمنة بسبب نقصها.

الجدول رقم (40)

علاقة معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار شهرياً بالأمراض غير المزمنة

| معدل استهلاك اللحوم البيضاء بالدينار شهرياً | النسبة % | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 30 | 36.8 | 36.6 | 26.8 | 38.1 | 73.2 |
| من 30–40 | 33.3 | 33.0 | 26.6 | 34.7 | 73.4 |
| 41 فأكثر | 27.8 | 30.4 | 29.8 | 27.2 | 70.2 |

| المجموع | 97.8 | --- | --- | --- | --- |
|---|---|---|---|---|---|

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**ترتيب المتغيرات التي ليس لها دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) فيما يتعلق بالأمراض غير المزمنة:**

الجدول رقم (41)

ترتيب المتغيرات حسب قربها من الدلالة الإحصائية عند مستوى (α=0.05) في علاقتها بالأمراض غير المزمنة، من حيث مستوى الدلالة ومربع كاي

| الرقم | اسم المتغير | مستوى الدلالة** | درجة الحرية | قيمة مربع كاي |
|---|---|---|---|---|
| 1 | مهنة الأب. | 0.220 | 9 | 2.095 |
| 2 | نوع مياه الشرب. | 0.223 | 2 | 3.005 |
| 3 | وجود حاوية للنفايات قرب المسكن. | 0.261 | 1 | 0.569 |
| 4 | صلة القرابة بين الزوجين. | 0.361 | 3 | 3.208 |
| 5 | عمر الأب عند الزواج الأول. | 0.366 | 2 | 2.012 |
| 6 | مهنة الأم. | 0.387 | 1 | 0.242 |
| 7 | عمر الأب. | 0.440 | 2 | 1.642 |
| 8 | عدد أفراد المسكن. | 0.456 | 2 | 1.570 |
| 9 | مدى إقامة رب الأسرة خارج فلسطين. | 0.462 | 1 | 0.042 |
| 10 | التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية. | 0.475 | 1 | 0.310 |
| 11 | المستوى التعليمي للأب. | 0.477 | 4 | 3.503 |
| 12 | نوع المسكن. | 0.495 | 2 | 1.407 |
| 13 | عدد غرف المسكن. | 0.600 | 2 | 1.869 |
| 14 | عمر الأم. | 0.614 | 3 | 1.805 |
| 15 | مدى استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء شهرياً بالدينار الأردني. | 0.666 | 2 | 0.812 |
| 16 | عدد غرف المسكن. | 0.674 | 2 | 0.788 |

| 17 | مدى استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه شهرياً بالدينار الأردني. | 0.819 | 2 | 0.399 |
|---|---|---|---|---|

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة. 2003.

** مستوى الدلالة عند ($\alpha$=0.05).

## 3.6 نتائج تحليل البيانات ذات العلاقة بالأمراض المزمنة:

### 1-علاقة المستوى التعليمي للأم بالأمراض المزمنة:

يبين الجدول رقم (42) علاقة المستوى التعليمي للأم بالأمراض المزمنة. ويتضح من الجدول أن قيمة مربع كاي (15.936) وهي دالة إحصائياً. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للأم والأمراض المزمنة، ويمكن إرجاع ذلك للخصوبة العالية والإنجاب في سن متأخرة، والزواج المبكر. حيث يتضح من الجدول أن أعلى نسبة في الإصابات بأمراض مزمنة هي لفئة المستوى الثانوي بنسبة (46%) من العينة. يليها فئة جامعي فما فوق بنسبة (18.6%) من العينة. يليها المستوى الابتدائي بنسبة (17.4%) من العينة. يليها المستوى الإعدادي بنسبة (14.3%) من العينة. يليها مستوى الأمية بنسبة (4.85%) من العينة. وأخيراً فئة الدبلوم بنسبة (3.7%) من العينة.

الجدول رقم (42)

علاقة المستوى التعليمي للأم بالأمراض المزمنة

| المستوى التعليمي للأم | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| أمّية | 4.85 | 49.0 | 4.95 | 51.0 | 4 | 15.93 | 0.003 |
| ابتدائي | 17.4 | 40.0 | 19.5 | 60.0 | | | |
| إعدادي | 14.3 | 33.3 | 21.4 | 66.7 | | | |
| ثانوي | 46.0 | 52.1 | 31.6 | 47.9 | | | |
| دبلوم | 3.7 | 18.7 | 12.1 | 81.3 | | | |
| جامعي فما فوق | 18.6 | 47.6 | 15.3 | 52.4 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**2-علاقة عمر الأب بالأمراض المزمنة:**

يبين الجدول رقم (43) علاقة عمر الأب بالأمراض المزمنة. ويوضح الجدول أن قيمة مربع كاي (10.184) وهي دالة إحصائياً. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم الفرد في السن زادت قابليته للإصابة بالأمراض المزمنة بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض، أو بسبب عوامل وراثية تظهر غالباً عند الكبر مثل أمراض ضغط الدم والسكري وغيرها[1]. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر الأب والأمراض المزمنة. ويظهر أنه كلما كان عمر الأب أكبر كلما كانت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة أكثر. وأكثرها فئة الأعمار (أكثر من 40) سنة، بنسبة (85.3%) من المرضى، يليها الفئة (من 30-40) سنة، بنسبة (13.0%) من المرضى. وأخيراً الفئة (من 20-29) سنة، بنسبة (1.7%) من المرضى. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Murray, 1974)، والتي أكدت أن الأمراض المزمنة تصيب كبار السن بالدرجة الأولى، وتتزايد معدلات الإصابة بها كلما كبر سن الفرد.[2]

الجدول رقم (43)

علاقة عمر الأب بالأمراض المزمنة

| عمر الأب | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من المرضى | النسبة من غير المرضى | | | |
| من 20-29 | 1.7 | 21.4 | 4.9 | 78.6 | 2 | 10.184 | 0.006 |
| من 30-39 | 13.0 | 31.1 | 22.8 | 68.9 | | | |
| أكثر من 40 | 85.3 | 48.2 | 72.3 | 51.8 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**3-علاقة عمر الأم بالأمراض المزمنة:**

[1] مقابلة شخصية، د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني، تموز 2003م.

[2] Murray, M.A. (1974). The Geography of Chronic Diseases, in the geography of health and disease. Edited by Hunter J.M. Department of Geography, University of North California, Studies in Geography, No. 6, p. 101.

يبين الجدول رقم (44) علاقة عمر الأم بالأمراض المزمنة. ويتضح من الجدول أن قيمة مربع كاي (10.056) وهي دالة إحصائياً. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر الأم والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم المرأة في السن زادت قابليتها للإصابة بالأمراض المزمنة بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض، أو بسبب عوامل وراثية تظهر غالباً عند الكبر مثل أمراض ضغط الدم والسكري[1]. حيث يتضح من الجدول أيضاً أنه كلما كان عمر الأم أكبر كلما كانت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة أكثر. وأكثرها فئة الأعمار (أكثر من 40) سنة، بنسبة (61.1%) من المرضى، يليها الفئة (من 30-39) سنة، بنسبة (31,9%) من المرضى. يليها الفئة (من 20-29) سنة، بنسبة (6.5%). وأخيراً الفئة (أقل من 19سنة)، بنسبة (0.5 %) من المصابين من هذه الفئة في عينة الدراسة.

الجدول (44)

علاقة عمر الأم بالأمراض المزمنة

| عمر الأم | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| أقل من 19 | 0.5 | 50.0 | 0.4 | 50.0 | 3 | 10.056 | 0.018 |
| من 20-29 | 6.5 | 29.3 | 12.6 | 70.7 | | | |
| من 30-39 | 31.9 | 38.8 | 40.4 | 61.2 | | | |
| أكثر من 40 | 61.1 | 51.4 | 46.5 | 48.6 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**4-علاقة التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية بالأمراض المزمنة:**

يتبين من الجدول (45) أن قيمة مربع كاي (1.679) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين التخلص من النفايات بواسطة البلدية والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أن البلديات تقوم بالتخلص من النفايات بشكل دوري مستمر في معظم مناطق المحافظة مع اختلاف فترات التخلص.

---

[1] مقابلة شخصية، د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني، تموز 2003م.

الجدول رقم (45)

علاقة التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية بالأمراض المزمنة

| التخلص من النفايات من خلال البلدية | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| نعم | 75.1 | 46.3 | 69.4 | 53.7 | 1 | 1.679 | 0.118 |
| لا | 24.9 | 39.3 | 30.6 | 60.7 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 5-علاقة إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين بالأمراض المزمنة:

ولإبراز المعلومات المتعلقة بإمكانية مكوث الأب خارج فلسطين في أي وقت من الأوقات وعلاقة ذلك بالأمراض المزمنة تم إعداد الجدول (46)، والذي يوضح أن قيمة مربع كاي (1.376) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين والأمراض المزمنة. ويبين الجدول أن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة بلغت (53%) للذين أقاموا خارج فلسطين ويمكن إرجاع ذلك إلى دور البيئة بسبب كثرة التنقل، والتي تلعب دوراً مهماً في انتشار بعض الأمراض المزمنة، مثل مرض السرطان أو المفاصل[1].

الجدول رقم (46)

علاقة إقامة ربّ الأسرة خارج فلسطين بالأمراض المزمنة

| إقامة الأب خارج فلسطين | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| نعم | 53.0 | 47.3 | 47.2 | 52.7 | 1 | 1.376 | 0.147 |
| لا | 47.0 | 41.6 | 52.8 | 58.4 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 6-علاقة ملكية المسكن بالأمراض المزمنة:

[1] اللبان، خلف الله. (1997). مرجع سابق، ص 158.

لإبراز البيانات الخاصة بملكية المساكن سواء كانت ملك أو استئجار أو غير ذلك وعلاقة ذلك بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (47)، والذي يوضح أن قيمة مربع كاي (3.784) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين ملكية المسكن والأمراض المزمنة عند أفراد عينة الدراسة. ويبين الجدول أن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة بلغت (74.1%) فيما يتعلق بالمساكن المملوكة، وهي أعلى النسب، ويمكن إرجاع ذلك إلى نفس الأسباب التي تم ذكرها عند التحدث عن البيوت المستقلة، حيث أن معظمها مملوك لأصحابها. والذي يعكس حقيقة الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، ومدى توفر الشروط الصحية فيه، والتي تؤثر على مدى انتشار الأمراض المزمنة في مثل هذه البيوت. وبلغت نسبة المساكن المملوكة لأصحابها في الضفة الغربية 70%، والمستأجرة 21.6%[2]، وهذه النسب قريبة من عينة الدراسة.

الجدول رقم (47)

علاقة ملكية المسكن بالأمراض المزمنة

| ملكية المسكن | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| ملك | 74.1 | 42.0 | 81.8 | 58.0 | 2 | 3.784 | 0.151 |
| مستأجر | 20.0 | 54.4 | 13.4 | 45.6 | | | |
| غير ذلك | 5.9 | 50.0 | 4.8 | 50.0 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 7-علاقة عدد دورات المياه في المسكن بالأمراض المزمنة:

لتوضيح توزيع أعداد دورات المياه في المساكن وعلاقتها بالأمراض المزمنة. تم إعداد الجدول (48)، والذي يبين أن قيمة مربع كاي (3.710) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين عدد دورات المياه في المسكن والأمراض المزمنة. ويظهر من الجدول أنه كلما زاد عدد دورات المياه قلت إمكانية الإصابة بها، فعندما كان عدد الدورات 2 كانت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة (56.8%)، وقلت نسبة الإصابة عندما زاد عدد دورات المياه عن 3

[2] دائرة الإحصاء الفلسطينية. مرجع سابق، أيار 1996، ص 40.

فأكثر، بحيث أصبحت نسبة الإصابة (9.7%)، لأنه كلما زاد عدد دورات المياه قلت نسبة التزاحم في الدورة الواحدة. باستثناء الحالة الأولى التي كان عدد دورات المياه فيها لا يزيد على واحدة بسبب صغر حجم المسكن الموجودة فيه.

الجدول رقم (48)

علاقة عدد دورات المياه في المسكن بالأمراض المزمنة

| عدد دورات المياه | المصابون | | غير المصابين | | درجة الحرية | قيمة مربع كاي | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة | | | |
| 1 | 33.5 | 40.3 | 39.7 | 59.7 | 2 | 3.710 | 0.156 |
| 2 | 56.8 | 48.8 | 47.4 | 51.2 | | | |
| 3 فأكثر | 9.7 | 37.5 | 12.9 | 62.5 | | | |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**8-علاقة عمل الأم بالأمراض المزمنة:**

لبيان توزيع مهنة الأم من حيث أنها تعمل أو لا تعمل، وعلاقة ذلك بالأمراض المزمنة. تم إعداد الجدول رقم (49)، والجدول (67) يبين أن قيمة مربع كاي (0.527) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مهنة الأم والأمراض المزمنة. ونسب الأمهات العاملات في الأسر قليلة بالمقارنة مع غير العاملات، مما يقلل أثر هذا العامل.

الجدول رقم (49)

علاقة مهنة الأم بالأمراض المزمنة

| مهنة الأم | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| تعمل | 10.8 | 50.0 | 8.7 | 50.0 |
| لا تعمل | 89.2 | 44.0 | 91,3 | 56.0 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**9-علاقة كيفية الحصول على الثقافة الصحية بالأمراض المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (50) المعلومات المتعلقة بكيفية الحصول على المعلومات الصحية وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ويتبين من الجدول رقم (67) كذلك أن قيمة مربع كاي (3.583) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كيفية الحصول على الثقافة الصحية والأمراض المزمنة. بسبب تعدد وسائل الثقافة الصحية وسهولة الحصول على المعلومات الصحية. وهذا يتفق مع دراسة العمران التي أجريت في دولة البحرين عام (1994)، والتي أظهرت عدم وجود أثر دال إحصائياً بين كيفية الحصول على المعلومات الصحية والأمراض المزمنة[1].

الجدول (50)

علاقة كيفية الحصول على الثقافة الصحية بالأمراض المزمنة

| الثقافة الصحية | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| وسائل الإعلام | 52.4 | 46.0 | 49.1 | 54.0 |
| مركز الصحة | 23.2 | 41.7 | 25.9 | 58.3 |
| الأقارب والجيران | 14.1 | 37.7 | 18.5 | 62.3 |
| المدرسة | 10.3 | 55.9 | 6.5 | 44.1 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**10-علاقة صلة القرابة بين الزوجين بالأمراض المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (51) البيانات المتعلقة بأنواع صلات القرابة بين الأزواج لأفراد عينة الدراسة وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (3.286) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين صلة القرابة بين الزوجين والأمراض المزمنة، بسبب زيادة الوعي لدى المواطنين لأهمية تباعد الأنساب، واشتراط الفحص الطبي قبل الزواج، ولم يعد الزواج حكراً على الأقارب لدى شريحة واسعة من الناس، والتي بلغت (58.4%). واختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة العمران

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص114.

(1994) لأن المجتمع البحريني مجتمع قبلي قائم على الروابط القبلية والتي أظهرت نسباً عالية لزواج الأقارب[2].

الجدول رقم (51)

علاقة صلة القرابة بين الزوجين بالأمراض المزمنة

| صلة القرابة بين الزوجين | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أبناء عم وعمّة | 15.7 | 35.7 | 10.8 | 46.3 |
| أبناء خال وخالة | 9.2 | 41.5 | 10.3 | 58.5 |
| من العائلة | 16.8 | 38.3 | 21.6 | 61.7 |
| غير أقرباء | 58.4 | 44.8 | 57.3 | 55.2 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**11-علاقة وجود حاوية للنفايات قرب المسكن بالأمراض المزمنة:**

يبرز الجدول (52) البيانات المتعلقة بتوفر حاوية للنفايات قرب المسكن وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.133) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين وجود حاوية للنفايات قرب المسكن والأمراض المزمنة. لارتباط هذا العامل بالأمراض غير المزمنة بشكل أكبر.

الجدول رقم (52)

علاقة وجود حاوية للنفايات قرب المسكن بالأمراض المزمنة

| وجود حاوية قرب المسكن | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| نعم | 61.6 | 43.7 | 63.4 | 56.3 |
| لا | 38.4 | 45.5 | 36.6 | 54.5 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

[2] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 116.

## 12-علاقة مهنة الأب بالأمراض المزمنة:

يبين الجدول رقم (53) توزيع مهن الآباء في العينة وعلاقتها بالأمراض المزمنة. وبعد الرجوع للجدول رقم (67) يتضح أن قيمة مربع كاي (9.271) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مهنة الأب والأمراض المزمنة. وذلك بسبب أن نسب العاملين في المهن المسببة للأمراض المزمنة مثل مهن البناء والصناعة قد قلت في المحافظة بسبب الظروف الراهنة، سواء كان العمل فيها داخل المحافظة أو داخل إسرائيل، فقد أشارت دراسة أبو صالح (1998) أن نسبة العاملين في البناء بلغت (21.1%)، وفي الصناعة (19.4%) من مجموع العاملين، وهي أعلى النسب[1].

الجدول رقم (53)

علاقة مهنة الأب بالأمراض المزمنة

| مهنة الأب | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| موظف حكومي | 25.4 | 51.1 | 19.1 | 48.9 |
| موظف عسكري | 1.7 | 33.3 | 2.7 | 66.7 |
| طالب | 0.6 | 25.0 | 1.3 | 75.0 |
| تاجر | 22.0 | 42.4 | 23.6 | 57.6 |
| مزارع | 4.5 | 29.6 | 8.4 | 70.4 |
| في البناء | 10.2 | 36.0 | 14.2 | 64.0 |
| مهن طبية | 2.3 | 36.4 | 3.1 | 63.6 |
| قطاع خاص | 6.8 | 40.0 | 8.0 | 60.0 |
| في المصانع | 5.1 | 47.4 | 4,4 | 52.6 |
| بلا مهنة | 21.5 | 52.8 | 15.1 | 47.2 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

[1] أبو صالح، ماهر. (1998). مرجع سابق، ص 72.

**13-علاقة مصدر مياه الشرب بالأمراض المزمنة:**

لإبراز المعلومات المتعلقة بمصدر مياه الشرب وعلاقته بالأمراض المزمنة، تـم إعـداد الجدول (54). كما يبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كـاي (1.654) وهـي غيـر دالـة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مصدر ميـاه الشـرب والأمـراض المزمنة. وقد يرجع إلى أن معظم مصادر المياه تابعة لشبكة البلدية التي تقع تحت رقابة صحية مستمرة.

الجدول رقم (54)

علاقة مصدر مياه الشرب بالأمراض المزمنة

| نوع مياه الشرب | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| بئر | 17.3 | 40.0 | 20.7 | 60.0 |
| شبكة مياه | 79.5 | 45.0 | 77.6 | 55.0 |
| غير ذلك | 3.2 | 60.0 | 1.7 | 40.0 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**14-علاقة معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار شهرياً بالأمراض المزمنة:**

لتوضيح البيانات المتعلقة بمعدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار الأردنـي شهرياً وعلاقتها بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (55). ويظهر من الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.614) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار الأردني شهرياً والأمراض المزمنـة. وهذا يتفق مع دراسة العمران (1994) في نفس المجال[1].

---

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 115.

الجدول رقم (55)

علاقة معدل استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه بالدينار بالأمراض المزمنة

| استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 30 | 36.9 | 42.9 | 38.4 | 57.1 |
| من 30-40 | 31.8 | 41.0 | 35.8 | 59.0 |
| أكثر من 40 | 31.3 | 48.7 | 25.8 | 51.3 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**15-علاقة عمر الأب عند الزواج الأول بالأمراض المزمنة:**

يبين الجدول رقم (56) المعلومات المتعلقة بعمر الآباء عند الزواج الأول لهم وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.459) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر الأب عند الزواج الأول والأمراض المزمنة.

الجدول رقم (56) علاقة عمر الأب عند الزواج الأول بالأمراض المزمنة

| عمر الأب عند الزواج الأول | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 19 | 6.5 | 37.5 | 8.6 | 62.5 |
| من 20-29 | 76.2 | 43.9 | 77.6 | 56.1 |
| أكثر من 30 | 17.3 | 50.0 | 13.8 | 50.0 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**16-علاقة عدد أفراد المسكن بالأمراض المزمنة:**

لدراسة علاقة عدد أفراد المسكن بالأمراض المزمنة تم إعداد الجدول (57). ويوضح الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.516) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم

وجود أثر دال إحصائياً بين عدد أفراد المسكن والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك أن نسبة التزاحم في مساكن المحافظة قليلة، مما يقلل الأمراض المزمنة، وقد بلغ معدل التزاحم للغرفة الواحدة في مدينة نابلس (1.58)، وفي الضفة الفلسطينية (2.08)، وبالمقارنة مع بعض الدول العربية، فقد بلغ معدل التزاحم في الغرفة الواحدة في بعض مناطق عمان (3.10)[1]. وفي بعض مناطق ريف مصر يصل عدد أفراد المسكن الواحد إلى 26 فرداً[2].

الجدول رقم (57)

علاقة عدد أفراد المسكن بالأمراض المزمنة

| عدد أفراد المسكن | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 5 | 26.5 | 44.5 | 26.3 | 55.5 |
| من 6-7 | 36.2 | 47.9 | 31.5 | 52.1 |
| 8 فأكثر | 37.3 | 41.3 | 42.2 | 58.7 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 17-علاقة مكان الإقامة بالأمراض المزمنة:

إن للبيئة دور كبير في التأثير على الصحة العامة ومن ثم على صحة الأفراد في المجتمع ككل، ولتوضيح مدى التأثير الذي يتركه تباين مناطق أفراد العينة على انتشار الأمراض المزمنة التي يصابون بها، تم إعداد الجدول رقم (58) والذي يوضح علاقة مكان الإقامة بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول توزيع عينة الدراسة على مساكن محافظة نابلس (مدينة، ريف). كما يبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي بلغت (1.123) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05). حيث أن بيئة محافظة نابلس بمناطقها في المدينة والريف متشابهة، وبالتالي فهي تتعرض لنفس الظروف البيئية والمناخية، مما يفسر عدم وجود علاقة بين مكان الإقامة والأمراض المزمنة.

---

[1] أبوصالح، ماهر. نابلس بين الماضي والحاضر. (1998). مرجع سابق. ص 181.

[2] السبعاوي، محمد نور. (1997). مرجع سابق. ص 108.

الجدول رقم (58)

علاقة مكان الإقامة بالأمراض المزمنة

| مكان الإقامة | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| مدينة نابلس | 47.3 | 45.5 | 46.5 | 54.5 |
| الريف | 52.6 | 45.0 | 53.5 | 55.0 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**18-علاقة دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني بالأمراض المزمنة:**

يعتبر دخل الأسرة من العوامل التي تظهر حقيقة الوضع الاقتصادي للمحافظة. ويبرز الجدول رقم (59) دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني وعلاقته بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.963) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين دخل الأسرة الشهري بالدينار والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك لوجود متغيرات أخرى أقوى من هذا المتغير لها علاقة بالأمراض المزمنة.

الجدول رقم (59)

علاقة دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني بالأمراض المزمنة

| دخل الأسرة الشهري بالدينار | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 200 | 27.4 | 41.5 | 30.1 | 58.5 |
| من 200-299 | 22.3 | 43.0 | 23.1 | 57.0 |
| من 300-399 | 23.5 | 50.6 | 17.9 | 49.4 |
| أكثر من 400 | 26.8 | 42.1 | 28.8 | 57.9 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**19-علاقة كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني بالأمراض المزمنة:**

لتوضيح توزيع كلفة بناء المساكن بالدينار الأردني وعلاقتها بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (60). كما يبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.685) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين ثمن المسكن والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك أن جزءاً كبيراً من المساكن مستواها الصحي جيد.

الجدول رقم (60)

علاقة كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني بالأمراض المزمنة

| كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 5000 | 3.0 | 44.4 | 2.6 | 55.6 |
| من 5000-9999 | 6.0 | 29.6 | 10.0 | 70.4 |
| من 10000-19999 | 32.3 | 41.3 | 32.1 | 58.7 |
| أكثر من 20000 | 58.6 | 42.6 | 55.3 | 57.4 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**20-علاقة المستوى التعليمي للأب بالأمراض المزمنة:**

المستوى التعليمي في فلسطين بشكل عام وفي نابلس بشكل خاص مرتفع، حيث بلغت نسبة المتعلمين في قطاع غزة من الذكور (93.8%) وفي فلسطين (94.4%)[1]، ولإبراز توزيع المستوى التعليمي للأب وعلاقته بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (61). ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.656) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين مستوى تعليم الأب والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك لارتفاع نسبة التعليم لدى أبناء المحافظة، مما يعكس وجود ثقافة صحية جيدة لديهم.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. المسح الصحي، 2000، مرجع سابق، ص 16.

الجدول رقم (61)

علاقة المستوى التعليمي للأب بالأمراض المزمنة

| المستوى التعليمي للأب | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أمّي | 1.0 | 48.5 | 1.2 | 51.5 |
| ابتدائي | 19.0 | 49.3 | 15.3 | 50.7 |
| إعدادي | 16.8 | 45.5 | 15.7 | 54.5 |
| ثانوي | 33.0 | 42.8 | 34.5 | 57.2 |
| دبلوم | 10.6 | 48.7 | 8.7 | 51.3 |
| جامعي فما فوق | 20.7 | 38.5 | 25.8 | 61.5 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

### 21-علاقة عدد غرف المسكن بالأمراض المزمنة:

يبين الجدول رقم (62) توزيع أعداد غرف مساكن عينة الدراسة وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ويبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.658) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين عدد غرف المسكن والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك لارتفاع متوسط عدد غرف المساكن في المحافظة، مما يقلل من درجة الازدحام فيها.

الجدول رقم (62)

علاقة عدد غرف المسكن بالأمراض المزمنة

| عدد غرف المسكن | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 2 | 1.6 | 50.0 | 1.3 | 50.0 |
| من 2-4 | 69.2 | 45.6 | 65.9 | 54.4 |
| 5 فأكثر | 29.2 | 41.5 | 32.8 | 58.5 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**22-علاقة عمر الأم عند الزواج الأول بالأمراض المزمنة:**

لتوضيح المعلومات المتعلقة بعمر الأمهات عند الزواج الأول لهن وعلاقته بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (63). كما يبين الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.334) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين عمر الأم عند الزواج الأول والأمراض المزمنة. وقد يرجع ذلك إلى أن ظاهرة الزواج المبكر قليلة، وقد بلغ متوسط العمر للزواج الأول عند الإناث 18 سنة في المحافظة وفلسطين[1].

الجدول رقم (63)

علاقة عمر الأم عند الزواج الأول بالأمراض المزمنة

| عمر الأم عند الزواج الأول | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 15 | 11.9 | 50.0 | 9.5 | 50.0 |
| من 16-20 | 61.6 | 45.1 | 59.9 | 54.9 |
| من 21-25 | 22.2 | 40.2 | 26.3 | 59.8 |
| أكثر من 26 | 4.3 | 44.4 | 4.3 | 55.6 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**23-علاقة تقييم مياه الشرب بالأمراض المزمنة:**

يوضح الجدول رقم (64) المعلومات المتعلقة بتقييم مياه الشرب وعلاقته بالأمراض المزمنة. ويوضح الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (1.570) وهي غير دالة إحصائياً بين تقييم مياه الشرب والأمراض المزمنة. بسبب أن نسبة المياه السيئة في الضفة الغربية قليلة، حيث بلغت 1.1% في الضفة الغربية، وفي غزة 8.2%[1]، ولذلك ليس لها تأثير كبير على العلاقة بالأمراض المزمنة.

[1] أبو صالح، ماهر. (1999). مرجع سابق، ص 58.

[1] دائرة الإحصاء الفلسطينية، مسح البيئة المنزلي، 2000، مرجع سابق، ص 46.

الجدول رقم (64)

علاقة تقييم مياه الشرب بالأمراض المزمنة

| تقييم مياه الشرب | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| سيئة | 4.9 | 40.9 | 5.6 | 59.1 |
| مقبولة | 21.1 | 40.6 | 24.6 | 59.4 |
| جيدة | 32.4 | 45.5 | 31.0 | 54.5 |
| جيدة جداً | 28.6 | 44.2 | 28.9 | 55.8 |
| ممتازة | 13.0 | 51.1 | 9.9 | 48.9 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**24-علاقة معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار شهرياً بالأمراض المزمنة:**

يبين الجدول رقم (65) البيانات المتعلقة بمعدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار الأردني شهرياً وعلاقته بالأمراض المزمنة. ويوضح الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.273) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود أثر دال إحصائياً بين معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار الأردني شهرياً والأمراض المزمنة. ويرجع ذلك لوجود متغيرات أخرى لها علاقة أقوى مع الأمراض المزمنة غير هذا المتغير. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة العمران (1994) في هذا المجال[1].

الجدول رقم (65)

علاقة معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء بالدينار الأردني شهرياً بالأمراض المزمنة

| معدل استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| أقل من 10 | 3.9 | 38.9 | 4.8 | 61.1 |
| من 10-20 | 46.9 | 43.5 | 47.8 | 56.5 |

[1] العمران، غنيمة. (1994). مرجع سابق، ص 116.

| 21 فأكثر | 49.2 | 44.9 | 47.4 | 55.1 |
|---|---|---|---|---|

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

**25-علاقة توقيت التخلص من النفايات بالأمراض المزمنة:**

لدراسة المعلومات المتعلقة بتوقيت التخلص من النفايات وعلاقتها بالأمراض المزمنة، تم إعداد الجدول (66). ويوضح الجدول رقم (67) أن قيمة مربع كاي (0.189) وهي غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين توقيت التخلص من النفايات والأمراض المزمنة. وهذا يدل على وجود أثر للفترة الزمنية للتخلص من النفايات على انتشار الأمراض غير المزمنة، وليس المزمنة كما مر سابقاً، بسبب انتشار الروائح الكريهة والميكروبات التي تؤثر على الجهاز التنفسي بالدرجة الأولى، مسببة أمراضاً غير مزمنة.

الجدول رقم (66)

علاقة توقيت التخلص من النفايات بالأمراض المزمنة

| توقيت التخلص من النفايات | المصابون | | غير المصابين | |
|---|---|---|---|---|
| | النسبة من المرضى | النسبة من العينة | النسبة من غير المرضى | النسبة من العينة |
| يومياً | 47.0 | 44.4 | 47.0 | 55.6 |
| يوماً بعد يوم | 40.5 | 45.2 | 39.2 | 54.8 |
| أسبوعياً | 12.4 | 41.8 | 13.8 | 58.2 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

## ترتيب المتغيرات التي ليس لها دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha$=0.05) فيما يتعلق بالأمراض المزمنة:

الجدول رقم (67)

ترتيب المتغيرات حسب قربها من الدلالة الإحصائية عند مستوى ($\alpha$=0.05) في علاقتها بالأمراض غير المزمنة، من حيث مستوى الدلالة ومربع كاي

| الرقم | اسم المتغير | مستوى الدلالة** | درجة الحرية | قيمة مربع كاي |
|---|---|---|---|---|
| 1 | مهنة الأم. | 0.287 | 1 | 0.527 |

| 2 | كيفية الحصول على الثقافة الصحية. | 0.310 | 3 | 3.583 |
|---|---|---|---|---|
| 3 | صلة القرابة بين الزوجين. | 0.350 | 3 | 3.286 |
| 4 | وجود حاوية للنفايات قرب المسكن. | 0.396 | 1 | 0.133 |
| 5 | مهنة الأب. | 0.413 | 9 | 9.271 |
| 6 | نوع مياه الشرب. | 0.437 | 2 | 1.654 |
| 7 | مدى استهلاك الأسرة من الخضار والفواكه شهرياً بالدينار الأردني. | 0.446 | 2 | 1.614 |
| 8 | عمر الأب عند الزواج الأول. | 0.482 | 2 | 1.459 |
| 9 | عدد أفراد المسكن. | 0.516 | 2 | 1.322 |
| 10 | مكان الإقامة. | 0.570 | 2 | 1.123 |
| 11 | دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني. | 0.580 | 3 | 1.963 |
| 12 | كلفة بناء المسكن بالدينار الأردني. | 0.640 | 2 | 1.685 |
| 13 | المستوى التعليمي للأب. | 0.656 | 4 | 2.435 |
| 14 | عدد غرف المسكن. | 0.720 | 2 | 0.658 |
| 15 | عمر الأم عند الزواج الأول. | 0.721 | 3 | 1.334 |
| 16 | تقييم مياه الشرب. | 0.814 | 4 | 1.570 |
| 17 | مدى استهلاك الأسرة من اللحوم الحمراء شهرياً بالدينار الأردني. | 0.873 | 2 | 0.273 |
| 18 | توقيت التخلص من النفايات. | 0.910 | 2 | 0.189 |

* المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2003.

** مستوى الدلالة الإحصائية عند ($\alpha$=0.05).

## خاتمة:

ناقش هذا الفصل العلاقة بين الأمراض والبيئة المحيطة وقد توصلت الباحثة إلى نتائج أهمها:

1-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين ملكية المسكن والأمراض غير المزمنة. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة إصابة أصحاب الملك بالأمراض غير

المزمنة (69.5%)، بينما بلغت نسبة إصابة المستأجرين (23.7%)، أما نسبة فئة غيــر ذلــك فبلغت (6.8%).

2-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عدد دورات المياه فــي المسكن والأمراض غير المزمنة. أي تقل الأمراض غير المزمنة كلما زاد عدد دورات الميــاه في المسكن، حيث تقل درجة التزاحم للأفراد على دورات المياه كلما زاد عــددها، ممــا يقلــل احتمالية الإصابة بهذه الأمراض.

3-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مكان الإقامة والأمراض غير المزمنة. ويرجع ذلك إلى طبيعة جو مدينة نابلس المكــتظ والملــوث بــدخان الســيارات والمصانع، والتي تساهم بانتشار هذه الأمراض بدرجة كبيرة.

4-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين دخل الأسرة الشــهري بالدينار الأردني والأمراض غير المزمنة، لأنه كلما انخفــض الــدخل زادت نســبة الإصــابة بالأمراض غير المزمنة، بسبب نقص تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة.

5-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين المستوى التعليمي للأم والأمراض المزمنة، ويمكن إرجاع ذلك للخصوبة العالية والإنجاب في سن متأخرة، والــزواج المبكر.

6-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عمر الأب والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم الفرد في السن زادت قابليتــه للإصــابة بــالأمراض المزمنة، بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض، أو بسبب عوامل وراثية تظهر غالباً عند الكبر مثل أمراض ضغط الدم والسكري وغيرها.

7-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عمر الأم والأمــراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم المرأة في السن زادت قابليتها للإصــابة بــالأمراض المزمنة بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض.

8-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين توقيت الــتخلص من النفايات والأمراض غير المزمنة. وقد يرجع ذلك أن معظم أفراد العينــة يتخلصــون مــن نفاياتهم باستمرار بغض النظر عن الفترة الزمنية.

9-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بــين نــوع المســكن والأمراض غير المزمنة. وذلك لأن أكثر من نصف العينة موجودة في الريف، ومساكن الريف تكون بعيدة عن بعضها البعض، مما يزيد من التهوية ويقلل الإصابة بالأمراض.

10-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عدد غرف المسكن والأمراض غير المزمنة. بسبب قلة الازدحام في الغرف، مما قلل الإصابة بالأمراض.

11-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين ثمن المسكن والأمراض غير المزمنة. لأن هناك نسبة كبيرة من مساكن أفراد العينة كلفة بنائها مرتفعة، مما يعني توفر ظروف صحية أفضل وبالتالي التقليل من الإصابة بالأمراض، ومعظم هذه المساكن يتركز في المدينة حيث الرعاية الصحية تكون أفضل.

12-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عمر الأب والأمراض غير المزمنة. لأنه مع تقدم السن والشيخوخة يكون تأثير الأمراض المزمنة أكثر من غير المزمنة.

13-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مهنة الأب والأمراض غير المزمنة. بسبب ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل، بالإضافة إلى قلة أفراد العينة الذين يعملون في مهن تؤدي للإصابة بالأمراض غير المزمنة مثل مصانع الدهانات وغيرها.

14-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مهنة الأم والأمراض غير المزمنة. لأن عدد النساء العاملات في عينة الدراسة قليلة جداً، مما يقلل من أثر هذا العامل في الإصابة بالأمراض غير المزمنة.

15-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مستوى تعليم الأب والأمراض غير المزمنة، بسبب ارتفاع المستوى التعليمي والثقافة الصحية في المحافظة.

16-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين وجود حاوية للنفايات قرب المسكن والأمراض غير المزمنة. لتوفر حاويات لدى معظم أفراد العينة قرب منازلهم مما يضمن التخلص من نفاياتهم، وبالتالي عدم تراكمها لفترة طويلة.

17-عدم وجود علاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين التخلص من النفايات بواسطة البلدية والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أن البلديات تقوم بالتخلص من النفايات بشكل دوري مستمر في معظم مناطق المحافظة مع اختلاف فترات التخلص.

18-عدم وجود علاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عدد دورات المياه في المسكن والأمراض المزمنة. لأنه كلما زاد عدد دورات المياه قلت نسبة التزاحم في الدورة الواحدة، وبالتالي تقل إمكانية الإصابة بهذه الأمراض.

19-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مصـــدر ميـــاه الشـــرب والأمراض المزمنة. وقد يرجع إلى أن معظم مصادر المياه تابعة لشبكة البلدية التي تقع تحـــت رقابة صحية مستمرة.

20-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين صلة القرابة بين الزوجين والأمراض المزمنة، بسبب زيادة الوعي الصحي لدى المـــواطنين لأهميـــة تباعـــد الأنســـاب، واشتراط الفحص الطبي قبل الزواج، ولم يعد الزواج حكراً على الأقارب لدى شريحة واســـعة من الناس.

21-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين كيفية الحصـــول على الثقافة الصحية والأمراض المزمنة. بسبب تعدد وسائل الثقافة الصحية وسهولة الحصـــول على المعلومات الصحية.

# الفصل السابع

# النتائج والتوصيات

# الفصل السابع

# النتائج والتوصيات

## 1.7 نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة الآتي:

1-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين ملكية المسكن والأمراض غير المزمنة. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة إصابة أصحاب الملك بالأمراض غير المزمنة (69.5%)، بينما بلغت نسبة إصابة المستأجرين (23.7%)، أما نسبة فئة غير ذلك فبلغت (6.8%).

2-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين عدد دورات المياه في المسكن والأمراض غير المزمنة. أي تقل الأمراض غير المزمنة كلما زاد عدد دورات المياه في المسكن، حيث تقل درجة التزاحم للأفراد على دورات المياه كلما زاد عددها، مما يقلل احتمالية الإصابة بهذه الأمراض.

3-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين مكان الإقامة والأمراض غير المزمنة. ويرجع ذلك إلى طبيعة جو مدينة نابلس المكتظ والملوث بدخان السيارات والمصانع، والتي تساهم بانتشار هذه الأمراض بدرجة كبيرة.

4-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني والأمراض غير المزمنة، لأنه كلما انخفض الدخل زادت نسبة الإصابة بالأمراض غير المزمنة، بسبب نقص تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة.

5-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المستوى التعليمي للأم والأمراض المزمنة، ويمكن إرجاع ذلك للخصوبة العالية والإنجاب في سن متأخرة، والزواج المبكر.

6-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين عمر الأب والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم الفرد في السن زادت قابليته للإصابة بالأمراض

المزمنة، بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض، أو بسبب عوامل وراثية تظهر غالباً عند الكبر مثل أمراض ضغط الدم والسكري وغيرها.

7-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عمر الأم والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما تقدم المرأة في السن زادت قابليتها للإصابة بالأمراض المزمنة بسبب ضعف مناعة الجسم لمقاومة الأمراض.

8-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين توقيت التخلص من النفايات والأمراض غير المزمنة. وقد يرجع ذلك أن معظم أفراد العينة يتخلصون من نفاياتهم باستمرار بغض النظر عن الفترة الزمنية.

9-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين نوع المسكن والأمراض غير المزمنة. وذلك لأن أكثر من نصف العينة موجودة في الريف، ومساكن الريف تكون بعيدة عن بعضها البعض، مما يزيد من التهوية ويقلل الإصابة بالأمراض.

10-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عدد غرف المسكن والأمراض غير المزمنة. بسبب قلة الازدحام في الغرف، مما قلل الإصابة بالأمراض.

11-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين ثمن المسكن والأمراض غير المزمنة. لأن هناك نسبة كبيرة من مساكن أفراد العينة كلفة بنائها مرتفعة، مما يعني توفر ظروف صحية أفضل وبالتالي التقليل من الإصابة بالأمراض، ومعظم هذه المساكن يتركز في المدينة حيث الرعاية الصحية تكون أفضل.

12-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين عمر الأب والأمراض غير المزمنة. لأنه مع تقدم السن والشيخوخة يكون تأثير الأمراض المزمنة أكثر من غير المزمنة.

13-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مهنة الأب والأمراض غير المزمنة. بسبب ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل، بالإضافة إلى قلة أفراد العينة الذين يعملون في مهن تؤدي للإصابة بالأمراض غير المزمنة مثل مصانع الدهانات وغيرها.

14-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مهنة الأم والأمراض غير المزمنة. لأن عدد النساء العاملات في عينة الدراسة قليلة جداً، مما يقلل من أثر هذا العامل في الإصابة بالأمراض غير المزمنة.

15-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05) بين مستوى تعليم الأب والأمراض غير المزمنة، بسبب ارتفاع المستوى التعليمي والثقافة الصحية في المحافظة.

16-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين وجود حاوية للنفايات قرب المسكن والأمراض غير المزمنة. لتوفر حاويات لدى معظم أفراد العينة قرب منازلهم مما يضمن التخلص من نفاياتهم، وبالتالي عدم تراكمها لفترة طويلة.

17-عدم وجود علاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين التخلص من النفايات بواسطة البلدية والأمراض المزمنة. ويمكن تفسير ذلك أن البلديات تقوم بالتخلص من النفايات بشكل دوري مستمر في معظم مناطق المحافظة مع اختلاف فترات التخلص.

18-عدم وجود علاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين عدد دورات المياه في المسكن والأمراض المزمنة. لأنه كلما زاد عدد دورات المياه قلت نسبة التزاحم في الدورة الواحدة، وبالتالي تقل إمكانية الإصابة بهذه الأمراض.

19-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين مصدر مياه الشرب والأمراض المزمنة. وقد يرجع إلى أن معظم مصادر المياه تابعة لشبكة البلدية التي تقع تحت رقابة صحية مستمرة.

20-عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين صلة القرابة بين الزوجين والأمراض المزمنة، بسبب زيادة الوعي الصحي لدى المواطنين لأهمية تباعد الأنساب، واشتراط الفحص الطبي قبل الزواج، ولم يعد الزواج حكراً على الأقارب لدى شريحة واسعة من الناس.

21-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين كيفية الحصول على الثقافة الصحية والأمراض المزمنة. بسبب تعدد وسائل الثقافة الصحية وسهولة الحصول على المعلومات الصحية.

22-كلما زادت نسبة التعليم قلت نسب الإصابة بالأمراض لدى سكان محافظة نابلس، وكلما ازدادت نسبة الأمية ازدادت نسبة الإصابة بالأمراض.

23-ارتفاع نسب الزواج من غير الأقارب في المحافظة، مما قلل من نسب الإصابة بالأمراض الوراثية المزمنة في هذه العائلات، ويعتبر ذلك مؤشراً صحياً جيداً.

24-تبين أن لوسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة دور كبير في الحصول على المعلومات الصحية، وبالتالي التقليل من نسب الإصابة ببعض الأمراض لما تقدمه من نصائح وإرشادات مفيدة للمواطنين.

25–وجود علاقة دالة إحصائياً بين المسافة بين المسكن والمستشفى وإمكانية الوصول، حيث أن أكثر من 52% من أفراد العينة أشاروا لصعوبة الوصول للمستشفى، ومن أهـم أسـباب ذلـك الحواجز العسكرية على الطرق المؤدية لمدينة نابلس.

26–أظهرت نتائج الدراسة أن معظم المرضى يفضلون العلاج في المستشفيات الحكومية بسبب رخص التكاليف.

27–تبين وجود علاقة بين التلوث والإصابة بالأمراض غير المزمنة خاصة الأمراض الصدرية والجهاز التنفسي، خاصة في المدينة، بسبب وجود المنطقة الصناعية ومكب نفايات مدينة نابلس شرقي المدينة.

28–لدرجة الحرارة تأثير في انتشار بعض الأمراض، كأمراض الجهاز التنفسي، خاصـة فـي فصل الشتاء.

29–بينت نتائج الدراسة ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة لدى كبار السن، خاصة فـي الفئة 46 سنة فأكثر، وخاصة أمراض السكري والروماتيزم، والقلب والأوعية الدموية.

30–ارتفاع نسب الأمراض غير المزمنة لدى الذكور في الفئة العمرية من (15–46)، بسـبب ممارسة العادات الصحية الخاطئة مثل التدخين.

31–انخفاض نسب الإصابة بمرض الثلاسيميا، بسبب الوعي الصحي، حيث أظهرت الدراسـة وجود حالة واحدة فقط للإصابة بهذا المرض.

32–خلو العديد من القرى من المراكز الصحية الأولية الحكومية، حيث أظهرت الدراسة وجود 32–مركزاً صحياً أولياً تتوزع على المحافظة بما فيه المدينة والريف، علماً بأن عدد القرى في المحافظة 68 قرية.

33–بالنسبة للأسرّة في المستشفيات الحكومية يظهر أن الزيادة في عددها لا يتناسب مع عـدد السكان، فقد بلغت الزيادة في عدد الأسرّة 14 سرير لعامي 1998، 1999. أما الزيادة في عدد السكان فقد بلغت 10084 نسمة لنفس الفترة الزمنية.

34–بالنسبة لمعدلات استخدام المستشفيات الحكومية في المحافظة، يظهر أن هناك تناقص فـي الإخراجات والإدخالات ومعدل الإقامة، ومتوسط إشغال الأسرة، في عام 1999 عما هو عليـه 1998، وذلك بسبب زيادة الإقبال على المستشفيات الخاصة في المحافظة.

35–نقص أعداد الممرضين المتخصصين في المراكز الصحية والمستشفيات.

36–قلة عيادات الأسنان الحكومية في المحافظة، وتشير نتائج الدراسة لوجود عيادة واحدة حكومية فقط في مدينة نابلس.

37–أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسب الإصابة بأمراض القلب في المدينة بسبب الازدحام السكاني والتلوث.

38–أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسب الإصابة بأمراض العيون في الريف بالمقارنة مع المدينة بسبب طبيعة الأعمال التي يمارسها السكان مثل الأعمال الزراعية.

39–أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض غير المزمنة لدى الإناث في الفئة العمرية أقل من 15 سنة بسبب اهتمام الأسر بالذكور أكثر من الإناث، وقلة الاهتمام بالتغذية بالمقارنة مع الذكور.

## 2.7 توصيات الدراسة:

خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات هي:

1–تخصيص مناطق خاصة للمناطق الصناعية بعيداً عن التجمعات السكنية. وأن ينقل المسلخ بعيداً عن التجمعات السكانية في المنطقة الغربية من نابلس، حيث التركز السكاني فيها أقل.

2–وضع رقابة وقوانين للتقليل من التلوث الناتج عن المصانع، وأن يكون لها حاويات ومكبات خاصة بها، وأن تزال نفاياتها يومياً.

3–وضع التشريعات المناسبة التي تساعد على التقليل من انتشار الأمراض، وفرض الفحص الإجباري قبل الزواج.

4–نشر الوعي الصحي للمواطنين من خلال تفعيل دور وسائل الإعلام المرئي والمقروء والمسموع، والمناهج المدرسية التي تحتوي على الثقافة الصحية الملائمة لطلاب المدارس في كافة الأعمار.

5–ضرورة العمل على توعية المرأة وخصوصاً في مناطق الريف عن أهمية تنظيم النسل، وضرر الولادة في الفئات العمرية المتقدمة. وذلك من خلال تدريب فريق من وزارة الصحة لهذا الغرض لإرشاد الناس في المراكز الصحية.

6–ضرورة زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية في مناطق الريف من خلال زيادة أعداد المراكز الصحية، وخاصة في القرى التي لا تحتوي على مراكز صحية، وإن كانت هذه القرى ذات تجمع سكاني صغير.

7-إدخال تخصصات جديدة وضرورية للسكان في مناطق الريف، مثل عيادات الأسنان والمختبرات الحكومية، حيث يظهر من الإحصاءات ذات العلاقة تركز معظم هذه الخدمات في المدينة، وخاصة على مستوى المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة.

8-إنشاء مستشفيات في مناطق الريف لكل تجمع سكاني، على أن لا تزيد المسافة بين المستشفى وأبعد نقطة من مجال خدمة المستشفى عن 20 كم، لأنه بعد هذه المسافة تزداد الصعوبة في الوصول للمستشفى، مما يؤثر على حالة المرضى الصحية.

9-زيادة أعداد سيارات الإسعاف لنقل الحالات الطارئة، خاصة في المناطق البعيدة عن المستشفيات.

10-تحسين مستوى الخدمات الصحية في المراكز الصحية الأولية، بحيث يتناسب خدمة كل مركز مع عدد السكان المخدومين.

11-إنشاء مختبرات طبية في المراكز الصحية ذات التجمعات السكانية الكبيرة في مناطق الريف.

12-زيادة زيارات الأطباء للمراكز الصحية الأولية، بحيث تكون أكثر من مرتين أسبوعياً.

13-زيادة الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة في المراكز الصحية والمستشفيات، وخاصة الحكومية، كأجهزة تخطيط القلب وفحص الدم.

14-زيادة أعداد الممرضين المتخصصين في المراكز الصحية والمستشفيات.

15-فتح أقسام خاصة بتعليم التمريض المتخصص في الجامعات الفلسطينية، لتزويد القطاع الصحي بما يحتاجه من الممرضين.

16-رفع كفاءة المستشفيات الحكومية وزيادة أعداد الأسرّة فيها حتى تتناسب مع أعداد السكان في المحافظة، خاصة أنها تخدم مواطنين من خارج محافظة نابلس، وزيادة التخصصات فيها.

17-زيادة عدد عيادات الأسنان الحكومية في المناطق الريفية، خاصة العيادات الصحية ذات المستوى الثاني من المحافظة.

# المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع

### 1-المراجع العربية:


-أبو صالح، ماهر. (1998). مدينة نابلس، دراسة في التركيب السكاني وخصائص المسكن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

-أبو صفط، محمد. (1995). التخطيط الزراعي في إقليم نابلس كأساس للتخطيط الإقليمي. **مجلة جامعة النجاح للدراسات**، نابلس، فلسطين، ص 23.

-أبو الهدى، كفاية خليل. (2001). النفايات الصلبة في مدينة نابلس، دراسة في جغرافية البيئة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

-أحمد، حسين، والشامي، مفيد. (1995). مسح الأوضاع الديموغرافية وتقديرات القوى العاملة. القدس.

-اشتية، محمد. (1991). حماية البيئة الفلسطينية. نابلس، فلسطين.

-الآغا، نبيل خالد. (1993). مدائن فلسطين دراسات ومشاهدات. ط1، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

-البشلاوي، آمال. (1993). النقرس داء الملوك. **مجلة طبيبك الخاص**، دار الهلال، القاهرة، عدد 295، سنة 25.

-بلال، عبد الحميد محمود. (1989). مستشفيات القاهرة: دراسة في جغرافية الخدمات. رسالة دكتوراة غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

-بيرم، عبد الحسين. (1967). الأمراض المعدية، دراسة علمية لانتشار الأمراض بالعدوى وطرق الوقاية منها. منشورات دار المكتبة، بيروت: لبنان.

-البيطار، شكور. مقترحات محطة التنقية لمدينة نابلس. دراسة غير منشورة، بدون سنة نشر.

-البيوك، فاطمة أحمد. (1982). جغرافية الأمراض البشرية في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الملك عبد العزيز.

-جامعة القدس المفتوحة. (1994). الصحة العامة وحماية البيئة. منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن.

-جرار، مازن توفيق. (2000).النقل البري في محافظة نابلس، دراسة جغرافية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية.

-الجزايرلي، محمد السيد. (1995). الجغرافيا الطبية لمحافظة الإسكندرية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

-جعفر، حسان، وجعفر، غسان. (1994). الكتاب الطبي للأمراض الجلدية. دار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

-جودة، شاكر سليمان. (1999). التخطيط الزراعي في إقليم نابلس كأساس للتخطيط الإقليمي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

-الجوهري، يسري عبد الرزاق. (1997). أسس الجغرافيا الطبيعية. دار المعارف، الإسكندرية.

-حمودة، عبد الرحمن وآخرون. (1990). موسوعة المدن الفلسطينية، دائرة الثقافة، منظمة التحرير الفلسطينية، عمان.

-الحنبلي، مجير الدين. الأنس الجليل لتاريخ القدس والخليل. الجزء الثاني، مكتبة المحتسب، عمان، الأردن.

-حنيني، رائد إبراهيم. (1999). النفايات الصلبة في مدينة نابلس، دراسة في جغرافية البيئة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

-خاطر، إنصاف أسعد حسين. (2000). الأوضاع الصحية في نابلس إبان الانتداب البريطاني 1922-1948. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التاريخ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

-خضير، جبر. (1999). نابلس بين الماضي والحاضر. ندوة بعنوان نابلس في كتب الجغرافيين والرحالة العرب.

-الخطيب، أديب. (1994). المنطقة المركزية لمدينة نابلس، دراسة جغرافية، **مجلة النجاح للأبحاث**، المجلد الثاني، العلوم الإنسانية، عدد 8.

-الخطيب، أديب. (1995). جغرافية فلسطين الطبيعية والاقتصادية والسياسية والبشرية. الطبعة التجريبية، دار الأرقم للطباعة والنشر والتوزيع، رام الله، فلسطين.

-الخطيب، عماد إبراهيم. (1997). علم الأمراض. ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.

-الدباغ، مصطفى مراد. (1991). تاريخ مدينة نابلس. دار المعرفة، بيروت، لبنان.

-الدباغ، مصطفى مراد. (1991). بلادنا فلسطين. دار المعرفة، بيروت، لبنان.

-دويك، عزيز، وآخرون. (2000). التربية السكانية في فلسطين. منشورات وزارة التربية والتعليم، رام الله، فلسطين.

-رفعت، محمد. (1999). الأمراض الجلدية والحساسية. دار المعرفة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

-السبعاوي، محمد نور. (1986). الجغرافيا الطبية: دراسة تطبيقية على محافظة كفر الشيخ. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة المنيا.

-السبعاوي، محمد نور الدين. (1997). الجغرافيا الطبية، مناهج البحث وأساليب التطبيق. كلية الآداب، جامعة المنيا.

-شرف، عبد العزيز طريح. (1995). البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية. دار الجامعات المصرية، الإسكندرية.

-طعامنة، محمد، والحراحشة، برجس. (1995). أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق. **مجلة مؤتة للبحوث والدراسات**، المجلد العاشر، العدد السادس.

-العريض، شيخة. (1995). الوقاية خير من العلاج. المطبعة الحكومية، وزارة الإعلام، دولة البحرين.

-العطيات، أحمد الفرج. (1994). البيئة، الداء والدواء. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

-العمران، غنيمة شهاب أحمد. (1994). التحليل المكاني للأمراض في دولة البحرين، دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

-عودة، أحمد، وملكاوي، فتحي. (1992). أساسيات البحث العلمي. مكتبة الكتاني، إربد، الأردن.

-كلبونة، عبد الله. (1992). تاريخ مدينة نابلس من قبل الميلاد حتى 1918. نابلس، ط1.

-كن طبيب نفسك. (1996). ترجمة (اميل خليل بيدس)، منشورات دار الآفاق الجديدة، بيروت.

-مجلة طبيبك الخاص. الهلال الأحمر المصري، سنة 29، عدد 343، 1997.

-مدحت، محمد، البنا، فاتن محمد. (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

-محمود، علاء الدين أمين. (1987). الجغرافيا الصحية لدولة الكويت. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

-المومني، صدقي. (1994). التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: كدراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة الأردنية. **مجلة جامعة مؤتة للبحوث والدراسات**، المجلد التاسع، العدد السادس.

-نعمة، حسن. (1995). الأمراض، أسبابها ومظاهرها. ط2، شركة رشاد برس، بيروت، لبنان.

-النمر، إحسان. (1938). تاريخ جبل نابلس والبلقاء، ج1، حوادث عهد الإقطاع، مطبعة ابن زيدون.

-الوليعي، عبد الله بن ناصر. (1991). التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الملك عبد العزيز.

-يوسف، عبد الحميد حسن. (1990). محافظة الشرقية: دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

## 2-مصادر الدراسة:

-أبحاث المؤتمر الفلسطيني الأول بعنوان: **مرض السرطان بين الوقاية والعلاج**. المنعقد في الفترة الزمنية بين 5-6 كانون أول 1996. جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، نابلس، فلسطين.

-اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية. **برنامج التثقيف الصحي، التهابات المسالك البولية**، نشرة إرشادية، 2002.

-اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية. **الالتهابات التنفسية الحادة عند الأطفال**، تشرين ثاني 1997.

-بلدية نابلس، **التنظيم الهيكلي لمدينة نابلس**.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. **إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية**، 1999. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. **إحصاءات الرعاية الصحية الثانوية في الأراضي الفلسطينية**، 1998. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **إحصاءات المناخ**، 1999. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **إحصاءات النقل والاتصالات في الأراضي الفلسطينية**، التقرير السنوي، تشرين ثاني 2000. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي**. ملخص تنفيذي. تشرين الثاني / نوفمبر. 2000. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **الإحصاءات الجغرافية في الأراضي الفلسطينية** 1998.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن** 1997. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت** 1997. تقرير السكان، أيار 1999، محافظة نابلس، الجزء الأول. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت** 1997. لمحة إحصائية، ملخص نتائج التعداد، كانون ثاني/يناير، 1999. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. **المسح البيئي لمراكز الرعاية الصحية**، 2001، النتائج الأساسية، كانون ثاني/يناير 2002. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الديموغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة**، سلسلة تقارير الألوية، رقم 3، لواء نابلس. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **تقرير السكان** 1998. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **النتائج النهائية لتقرير المنشآت** 1997. سلسلة التقارير الإحصائية 1998. رام الله – فلسطين.

-الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **فلسطين في أرقام** 1999. رام الله – فلسطين.

-نشرة صادرة عن دائرة الأرصاد الجوية في محافظة نابلس، **الرياح في مدينة نابلس**، 2002.

-سجلات غرفة تجارة وصناعة نابلس، حزيران، 2002.

-وزارة الصحة الفلسطينية، دائرة التثقيف والتعزيز الصحي، **نشرة صحية حول أمراض الجهاز التنفسي**، 2002.

-وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة التثقيف والتعزيز الصحي، **نشرة إرشادية بعنوان السـكري**، 2003.

-وزارة النقل والمواصلات، الأرصاد الجوية، **كتاب البيانات المناخية الفلسطيني**، آب، 1998.

**3-المقابلات الشخصية:**

-د. غازي عثمان السرطاوي، اختصاصي باطني، حزيران، 2003.

-رئيس قسم التثقيف والتعزيز الصحي في صحة نابلس، تموز 2002.

-رئيس قسم الإحصاء في صحة نابلس. تموز 2002.

-مهندس بلدية نابلس. 2002.

-مهندس المياه في بلدية نابلس. 2002.

-مدير دائرة التخطيط في بلدية نابلس. 2002.

-مدير قسم الخرائط في بلدية نابلس. 2002.

-مدير دائرة الحكم المحلي في نابلس. 2002.

-مدير دائرة الأرصاد الجوية في نابلس. 2002.

-مدير دائرة السير في نابلس. 2002.

-رئيس غرفة التجارة والصناعة في نابلس. 2002.

-مدير دائرة الإحصاء الفلسطيني، فرع نابلس. 2002.

**4-المراجع الأجنبية:**

- Al-Ribdi, Mohammed, S. The Geography of Health Care in Saudi Arabia: Provision and use of Primary Health Care Facilities in Al-Qassim Region. Un Published ph.D Thesis, University of Southampton, U.K, 1990.

- Cheryl Elman and George, C. Mayers. Geographic Morbidity deferential in the late Ninetieth- Century United States. Demography, Vol. 36, November 1999.

- Corinne, H. Robinson. (1987). "Normal and Therapeutic Nutrition".

- Ministry of Health. **The Status of Health in Palestine 2000**, Annual Report, July 2001.

- Ministry of Health. **The Status of Health in Palestine 1999**, Annual Report, September 2000.

- More, Alan. (1998). The Invisible Asthmatic: Developing Geographies of Asthma in England. Unpublished Ph.D. University of Southampton, U.K.

- Palestine Council of Health. The Nursing Human resource in Palestine, January 1997. P. 8.

- Shtayeh, M.S.A. Hamdan, A.H.Y, And others. (1989). Prevalence and seasonal Fluctuation of instinal parasitic infections in the Nablus area West Bank of Jordan. **Annals of Tropical Medicine and Parasitology**, Vol. 33, No. 1, 67-72, pp. 67-69.

- Stamp, D (1965). The Geography of life and Death". Collins, London.

- The Time Atlas of the World, Comprehensive Edition. P. 136.

- Trieff, A. (1980). "Environment and Health" in Arbor, mich, p. 15.

- Wood, F. R. and Headly, O. F. (1995). Med Clinics. N. Amer. No. 19, p 151.

- WWW. heart centron line. com. 2003.

- WWW. Holistic on Line. Com. 2002.

- WWW. World Health Organization. net. 2000.

An-Najah National University
Faculty of Graduate Study

# Diseases and Health Services in Nablus District: A Study in Medical Geography

Prepared By:
Rana Ameen Mohammed Sabra

Supervised By:
Prof. Aziz Douweik

Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts in Geography, Faculty of Graduate Studies, at An-Najah National University, Nablus, Palestine.

**2003**

# ABSTRACT

The researcher studied the place analysis for diseases in Nablus District, some diseases considered as a real health problem for citizens in Palestine, and this affect not only people's health, but also their productivity and capability to work and to adapt in the society.

The study aimed to focus on the most important factors, which affect on distribution of some diseases in Nablus District such as: Location, climate, pollution, economical, social and cultural affairs for the population. And gave information about special diseases, which indicated from the study and comparing them with international and Palestinian statistics, which issued by Palestinian Ministry of Health and Palestinian Statistics Center. The study also aimed to clarify the range of spread of chronic and not chronic diseases in town and countryside in Nablus District. And examine the relationship between the study variables and chronic or not chronic diseases by finding the value of Qui-Square and the level of statistical meaning of it.

To achieve the study aims, the researcher took a randomly regular sample from the society homes in the three places of the study (town, countryside) to distribute the study questionnaire on the families personally by the researcher. The researcher searched the available medical services in Nablus District in governmental, private, Non Governmental Organizations (NGOs), and UNRWA health centers.

The medical services were searched in those sectors in hospitals, minary and primary health centers. The type of services at hospitals were showed in numbers like: Medical equipment's availability, beds, doctors, nurses, discharged and admitted patients, bed occupancy, hospital days, statistics and information about major diseases in Out Patient Clinics. Health services and numbers of patient's visits per year were searcher in primary health centers.

The study findings showed referential statistical relation between not chronic diseases and the variables: Home property, number of lavatory rooms at home, place of residency in town or countryside, family monthly income.

The study results didn't show referential statistics relation between not chronic diseases and the rest of the study variables. The study results also showed referential statistics relation between chronic diseases and the variables: Mother education level, father age, and mother age. The results didn't show referential statistical relation between chronic diseases and the rest of the study variables. The study results also showed: High level of pollution in Nablus District and this cause increased infection of chronic and not chronic diseases, and high level of education helps in decreasing diseases of Nablus District population, and when the level of people's education decrease the level of diseases increase. There were fewer diseases between non-relative husbands. The results also showed important role for all types of media neither it was visual or audio or readable, for their benefits in acquiring health information for people to reduce their infection of diseases by advising them. There was high level of infected old people with chronic diseases, specially the category 46 year and above,

specially whom infected of Diabetes Mellitus, Romatizm, Hurt and Cardiovascular diseases.

There were no governmental primary health centers in many villages, despite the study showed that there are 68 villages in all Nablus District, there are 32 villages, which have primary health centers only in town, countryside.

Based on study findings the researcher recommended the following: The local authorities must point some places for industrial areas out of residency places. Putting control and roles to reduce pollution, which comes from factories. Spreading health awareness for people by visual, audio, and readable media and schools curriculum, which must contain appropriate health education for all students' ages at schools. Increasing health services in countryside areas by increasing numbers of health centers specially at villages which don't have health centers and must establish new necessary medical specializations, which concentrate in town only specially the hospitals and specialized medical centers. And must increase ambulances to transmit emergency patients especially in areas which far from hospitals. And improve health service levels in primary health centers, to make every center serve the suitable number of population in that area. And increasing doctor's visits to primary health centers to be more than twice a week.